The Library of

Class B610.5

Book M74-k

MONATSSCHRIFT

für

KINDERHEILKUNDE.

REFERATE.

Herausgegeben von

Czerny	Göppert	Knöpfelmacher	Moro	Thiemich	Tobler
Straßburg	Göttingen	Wien	Heidelberg	Magdeburg	Breslau

Berend	Comba	Johannessen	Koplik	Marfan	Thomson	Wieland
Budapest	Florenz	Kristiania	New-York	Paris	Edinburg	Basel

Redigiert von

Dr. Arthur Keller-Berlin.

Band XI: Literatur 1912.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1913.

Verlags-Nr. 1984.

UNIVERSITY OF
MINNESOTA
LIBRARY

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Straßburg | Göppert Kattowitz | Knöpfelmacher Wien | Moro Heidelberg | Thiemich Magdeburg | Tobler Breslau

Berend Budapest | Comba Florenz | Johannessen Kristiania | Koplik New-York | Marfan Paris | Thomson Edinburg | Wieland Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XI. Referate. Nr .

Bericht über die deutsche ophthalmologische Literatur von 1911.

Von **Dr. Gallus** (Bonn).

Adam, *Statistisches, Klinisches und Anatomisches über das Glioma retinae.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXV, S. 330.)

Amsler, *Klinische, bakteriologische und experimentelle Studie über Conjunctivitis cruposa.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXVI, S. 21.)

Anargyros, *Augenkomplikationen bei epidemischer Zerebrospinalmeningitis (Serotherapie).* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXX, S. 17.)

Attias, *Fettige Entartung der Hornhaut bei Säuglingskeratitis.* (Klin. Monatsbl., Jahrg. IL, II.)

Ask, *Fall von Entwicklungsanomalie (rinnenförmige Einsenkung des Lidrandes) im Gebiete des unteren Tränenröhrchens.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXV, S. 178.)

Bartels, *Über Anomalien der Augenbewegung und Augenstellung.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges. Heidelberg, S. 188.)

Bartels, *Nachweis von Augenmuskellähmungen an Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt.* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXX, S. 46.)

Bartels, *Ein Beitrag zur Augeneiterung des Neugeborenen.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. IL, I., S. 537.)

Becker, *Die Behandlung der syphilitischen Augenerkrankungen mit Salvarsan.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges. Heidelberg, S. 75.)

Bielsdrowsky, *Über angeborene und erworbene Blickfelderweiterung.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges. Heidelberg, S. 192.)

Brückner, *Ein Beitrag zur Kenntnis hereditär-syphilitischer Erkrankungen des Auges.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXVI, S. 493.)

Colombo, *Über die Pathogenese der ekzematösen Keratokonjunktivitis (skrofulösen).* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. IL, II, S. 164.)

Cords, *Zur Kenntnis juveniler Netzhautgefäßerkrankungen.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXVI, S. 441 u. 508.)

33512

Cramer, *Springende Mydriasis bei einem gesunden 7jährigen Mädchen.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. IL, I, S. 201.)

Dutoit, *Erfahrungen mit Scotts Emulsion zur Behandlung des Allgemeinzustandes bei Augenkranken.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXVI, S. 39 f.)

Fleischer, *Über zwei Versuche mit Salvarsan bei sympathischer Ophthalmie.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. IL, I, S. 384.)

Flemming, *Wirkung von Salvarsan auf das Auge.* (Arch. f. Augenheilk., Bd. 68, S. 19 f.)

Gertz, *Einige Bemerkungen über das zentrale Sehen bei der angeborenen totalen Farbenblindheit und ein Beitrag zur Diagnostik der Zentralskotome.* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXX, S. 228.)

Gertz, *Ein Fall von angeborener totaler Farbenblindheit.* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXX, S. 235.)

Gilbert, *Zur Pathogenese der Cataracta congenita.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges. Heidelberg, S. 3 f.)

Ginzberg, *Zur Pathogenese des Kryptophthalmus.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. IL, II, S. 211.)

Goerlitz, *Salvarsan und Neurorecidiv.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. IL, II, S. 561.)

Hayashi, *Beiträge zur Kenntnis der pathologischen Anatomie und Pathogenese der Zyklopie.* (Arch. f. Ophth., Bd. LXXX, S. 135.)

Heilbronn, *Eine seltene retrobulbäre Zyste (ausgehend von versprengter Nasenschleimhaut.* (Arch. f. Ophth., Bd. LXXIX, S. 248.)

Hennicke, *Augenerkrankung bei Myxödem.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, Jahrg. IL, II, S. 589.)

Hesse, *Hat die operative Therapie der hochgradigen Myopie eine Berechtigung?* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXV, S. 415.)

Hüttemann, *Über Ptosis congenita mit Heredität.* (Arch. f. Ophthal., Bd. LXXX, S. 280.)

Igersheimer, *Die Wirkung des Salvarsans (Ehrlich) auf das Auge.* (Nach experimentellen und klinischen Untersuchungen.) (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges. Heidelberg, S. 65.)

De Kleijn, *Über die Frage der Spontanheilung des Glioma retinae.* (Arch. f. Ophthal., Bd. LXXX, S. 371.)

Knieper, *Ein Fall von doppelseitigem Glioma retinae mit Enukleation des einen und nunmehr fast 11jähriger Atrophie des andern Auges.* (Arch. f. Ophth., Bd. LXXVIII, S. 310.)

Krusius, *Demonstration experimenteller Tuberkulosen des Auges.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges. Heidelberg, S. 345.)

Kuhnt, *Über die Behandlung des angeborenen Schichtstars.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXVI, S. 430.)

Leber, *Beitrag zur Struktur des Netzhautglioms.* (Arch. f. Ophth., Bd. LXXVIII, S. 381.)

Lutz, *Über einige Stammbäume und die Anwendung der Mendelschen Regeln auf die Ophthalmologie.* (Arch. f. Ophth., Bd. LXXX, S. 393.)

Lutz, *Über eine Familie mit hereditär-familiärer Chorioretinitis.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. IL, I, S. 699.)

Lutz, *Über drei weitere Fälle von angeborener abnormer Bewegung des Oberlids.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. IL, I, S. 337.)

Meißner, *Ein Kolobom der Aderhaut und Netzhaut mit Aplasie des Sehnerven.* (Arch. f. Ophth., Bd. LXXIX, S. 308.)

Mügge, *Ein Beitrag zur Leberschen familiären Optikusatrophie.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXV, S. 236.)

Okuse, *Beiträge zur Anatomie des Ectropium uveae congenitum.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Bd. IL, I, S. 207.)

Pagenstecher, *Über experimentelle Erzeugung von angeborenen Staren und von Mißbildungen des Auges bei Wirbeltieren.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges. Heidelberg, S. 44.)

Peters. *Zur Kenntnis der kongenitalen Hornhauttrübungen.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. IL, II, S. 88.)

Pöllot, *Atypische Chorioretinitis pigmentosa hereditaria.* (Arch. f. Ophth., Bd. LXXX, S. 379.)

Purtscher, *Dermoidzysten des Oberlids mit Epidermis und Schleimhautepithel.* (Arch. f. Ophth, Bd. LXXX, S. 251.)

Reis, *Demonstrationen: a) Angeborener Defekt der Membrana Descemeti. b. Persistenz der Membrana capsularis lentis.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges. Heidelberg, S. 348.)

Rößler, *Atypische Iriskolobome und andere Mißbildungen des Auges.* (Arch. f. Ophth., Bd. LXXX, S. 296.)

Rübel, *Senkrecht ovale Hornhaut bei Lues congenita.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. IL, II, S. 227.)

Salzer, *Über Pseudoneuritis und andere differentialdiagnostisch wichtige kongenitale Anomalien des Sehnervenkopfes.* (Münchener med. Wochenschr., Nr. 51.)

Schieck, *Über das Auftreten tuberkulöser Antikörper in der vorderen Kammer.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges. Heidelberg, S. 201.)

Schnaudigel, *Ehrlich-Hata 606 in der Augenheilkunde.* (Arch. f. Augenheilkunde, Bd. LXVIII, S. 212.)

Seefelder, *Anatomischer Befund in einem Falle von angeborener Ektopie der Pupille mit Linsenluxation.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXV, S. 353.)

Seefelder, *Über den anatomischen Befund in einem Falle von Membrana pupillaris persistens corneae adhaerens und angeborener Hornhauttrübung.* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXIX, S. 164.)

Seefelder, *Verschiedene Demonstrationen aus dem Gebiete der Entwicklungsgeschichte und Mißbildungslehre des Auges.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges. Heidelberg, S. 353.)

Seidel, *Beitrag zur Frage der Salvarsanwirkung auf luetische Augenleiden.* (Arch. f. Ophth., Bd. LXXIX, S. 329.)

Siebenlist, *Zur Myopiefrage.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXV, S. 443.)

Spielberg, *Beitrag zur Pathogenese des Hydrophthalmus congenitus.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. IL, II, S. 313.)

Steiger, *Sind Hornhauttrübungen eine Ursache der Myopie?* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXV, S. 41.)

Steindorff, *Über Barlowsche Krankheit mit besonderer Berücksichtigung der dabei beobachteten Augenerscheinungen.* (Zeitschr. f. Augenheilkunde, Bd. XXV, S. 180.)

Stilling, *Über den Mechanismus der Akkommodation.* (Zeitschr. f. Augenheilkunde, Bd. XXV, S. 15 u. 141.)

Stuelp, *Bisherige Erfahrungen mit Salvarsan bei Augensyphilis aus der Literatur und an eigenen Fällen.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. IL, I, S. 369.)

v. Szily, *Über die entwicklungsgeschichtlichen Grundlagen für die Erklärung der kongenitalen Defektbildungen am Auge.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges. Heidelberg, S. 40.)

Tobias, *Ein Beitrag zur Vererbungsmöglichkeit erworbener Augendefekte.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. IL, I, S. 212.)

Tobias, *Ein Beitrag zur Wirkung von Ehrlich-Hata 606 bei Augenkranken.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. IL, I, S. 87.)

Wirths, *Beitrag zur Kenntnis der persistierenden Pupillarmembran.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXIII, S. 363.)

Wolff, *Über die Ätiologie der chronischen Augenkrankheiten.* (Arch. f. Ophth., Bd. LXXIX, S. 115.)

Nach v. Szily ist die Anschauung, daß ein mechanisches Hindernis beim Spaltenschlusse die alleinige Ursache für die Entstehung eines Koloboms sei, nicht mehr aufrecht zu erhalten. Seine Untersuchungen führten ihn vielmehr zu der Anschauung, daß hier eine atypische Anlage des Ektoderms eine Rolle spiele.

Durch Beobachtungen an zwei Fällen kommt Wirths zu den Schlusse, daß bei der sogenannten Membrana pupillaris perseverans Reste der Tunica vasculosa lactis nicht nur von der Irisvorderfläche, sondern auch von dem Pupillarrande und der Rückfläche der Regenbogenhaut ihren Ursprung nehmen können.

Purtscher sah zwei Fälle von Dermoidzysten des Oberlids mit Epidermis und Schleimhautepithel. Sie saßen im oberen innern Augenwinkel. In früher beschriebenen Fällen einer gleichen Affektion fand sich abweichend von den vorliegenden Beobachtungen mehrschichtiges Zylinder- und kubisches Epithel, Talgdrüsen und Haare, aber keine Epidermis, ein Umstand, der für eine Entstehung aus einer ektodermalen Absprengung spricht. In den Fällen von Purtscher handelt es sich um einen Zusammenhang mit der Entwicklung der Tränenableitungswege.

Gilberts Fall von angeborenem Totalstar erhärtet durch den anatomischen Befund eine früher von Heß ausgesprochene Vermutung, daß derselbe gelegentlich zustande kommen kann durch frühzeitige und ausgiebige fötale Ruptur der hinteren Kapsel. Diese Stare sind demnach keine Folge intrauteriner Entzündungen oder Erkrankungen, sondern sind, ebenso wie ihre Ursache, die zu starke Entwicklung und ungenügende Rückbildung der Tunica vasculosa lactis, echte Entwicklungsstörungen.

Ebenso handelt es sich um eine Entwicklungsanomalie infolge von bevorzugtem Wachstum der Epidermoidalschicht der Iris bei dem Ectropium uveae congenitum, wie aus der anatomischen Beschreibung hervorgeht, die Okuse von einem einschlägigen Fall gibt.

Studien an einem Falle von Kryptophthalmus bei einem 3 Monate alten Knaben führen Ginzberg zu der Annahme, daß diese Mißbildung in erster Linie die Folge einer Störung der Linsenentwicklung ist in dem Sinne, daß die Linse sich nicht in die sekundäre Augenblase eingestülpt hatte. Die Linse lag vor der vorderen Öffnung der sekundären Augenblase im Bindegewebe, welches mit der das Auge deckenden Haut in kontinuierlichem Zusammenhange stand. Sie war von dem umgebenden Bindegewebe zusammengepreßt und infolge der mangelhaften Ernährung degeneriert und teilweise resorbiert.

Die Ursache des Hydrophthalmus congenitus beruhte in den Fällen von Spielberg bei völliger Abwesenheit jeglicher entzündlicher Erscheinungen von seiten der Uvea, welche zur Hyperfunktion hätten führen können, auf einem vollkommenen Fehlen des Hauptabflußgefäßes, des Schlemmschen Kanals. In anderen Fällen beruht die Drucksteigerung auf einer peripheren vorderen Synechie. In diesen Fällen kann die Iridektomie nichts leisten, sie ist völlig nutzlos, weil die anatomischen Verhältnisse eine Herabsetzung des intraokularen Druckes unmöglich machen. Hier ist nur die vordere Sklerotomie indiziert.

Tobias wirft im Anschlusse an eine Beobachtung, wo zwei Kinder einer mit operativem Iriskolobom behafteten Mutter ein kongenitales Iris- und Aderhautkolobom aufweisen, die interessante Frage auf, ob es sich hier um ein rein zufälliges Zusammentreffen

oder ob es sich um eine Vererbung erworbener Eigenschaften handelt. Im letzteren Falle müßte das Keimplasma des mütterlichen Eies mit der Iridektomie eine „korrespondierende Veränderung" erfahren haben in dem Sinne, daß es mit der Operation die Potenz verloren hat, eine normale Augenanlage zu bilden. Gleichzeitig müßte diese Keimschädigung sich rein isoliert auf das Mesoderm geltend gemacht haben, indem dieses so wesentlich beeinflußt wurde, daß es eine abnorm starke Entwicklung nahm und damit für den Verschluß des Fötalspalts ein Hindernis wurde.

So interessant auch derartige Beobachtungen sind, zur Beantwortung der angeregten Frage reichen sie doch lange nicht aus und auch Verf. verschließt sich nicht den lebhaften Bedenken, die sich gegen eine Vererbung erworbener Eigenschaften geltend machen lassen. Sie sind nicht nur für die Pathologie des Auges, sondern auch allgemein pathologisch außerordentlich zahlreich. Nur meint Verf., daß sie nicht ausreichten, die fällige Frage im negativen Sinne zu beantworten und daß wir dieselbe daher vorläufig noch vollkommen offen lassen müßten.

Lutz stellt auf Grund des Studiums der sogenannten Mendelschen Regel und weiterer einschlägiger Arbeiten eine Reihe von Forderungen auf, die bei der Aufstellung von Stammbäumen und bei der Forschung über Vererbung berücksichtigt werden müssen. Er beschäftigt sich hauptsächlich mit der Anwendung bestimmter Fragen auf das Gebiet der Vererbung von Augenkrankheiten. Doch dürften seine Ausführungen, die sich zu einem kurzen Referat nicht eignen und deshalb im Original nachgelesen werden müssen, u. a. auch für den Pädiater ein besonderes Interesse haben.

Die Erforschung hereditärer Verhältnisse bei Ptosis congenita mit gleichzeitigem Epikanthus sowie bei der familiären Chorioretinitis und einer atypischen Form der Pigmentosa haben sich Hüttemann, Lutz und Pöllot zum Ziel gesetzt.

Bartels präzisiert die bei der Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum zu beachtenden Maßnahmen. Zunächst hält er es für ganz ausgeschlossen, daß — wie das behauptet wurde — durch sachgemäße Einträufelung einer 1 bis 2%igen Argentumlösung eine Verletzung der Hornhaut stattfinden kann. Wenn die obligatorische Einführung der Crédéisierung tatsächlich erfolgen soll, müssen Arzt und Hebamme wissen, daß es Blenorrhöen gibt, die nicht durch den Gonokokkus verursacht werden, sie müssen ferner davon unterrichtet werden, daß die Prophylaxe kein absolut sicherer Schutz gegen eine Gonokokkeninfektion sein kann. Würde die Information nicht in diesem Sinne lauten, so fürchtet Verf, daß die trotzdem vorkommenden Eiterungen von dem Pflegepersonal wegen der eventuellen Verantwortlichkeit verheimlicht würden.

Amsler kommt bei seinen Forschungen über die Conjunctivitis crouposa zu folgenden Schlußfolgerungen: „1. Die Conjunctivitis crouposa und die Conjunctivitis diphtherica können nicht nach dem Fehlen oder Vorhandensein des Diphtheriebazillus, müssen aber klinisch voneinander unterschieden werden. 2. Die Prognose der

Conjunctivitis crouposa pflegt im allgemeinen gut zu sein, während sie der Befund von Streptokokken und Pneumokokken mit und ohne Diphtheriebazillen oft verschlechtert. 3. Der Croup der Conjunctiva mit Löfflerschen Bazillen verläuft in der Regel auch bei einer ausschließlich systematischen, einfachen Therapie in jeder Beziehung gut."

Nach Cords gibt es eine Reihe von Fällen, in denen bei jugendlichen Individuen eine Schädigung der Wandungen der Netzhautgefäße auftritt. Sie führt zu verschiedenen Folgezuständen, zu Periphlebitis retinalis, rezidivierenden Glaskörperblutungen, Proliferation des Bindegewebs oder zu exsudativer Retinitis. Ihr Zusammenhang mit der Tuberkulose soll dadurch gegeben sein, daß sie auf die diagnostischen oder therapeutischen Tuberkulinapplikationen reagieren oder daß gleichzeitig andere Manifestationen einer Tuberkulose an den Augen bestehen. Dabei läßt es Verf. offen, ob diese eigentümliche Erkrankung auch durch andere Zustände ausgelöst werden kann, er vermißt weiter eine Erklärung dafür, daß nur Jugendliche von der Erkrankung befallen werden. Er verhehlt sich endlich nicht, daß bei der Verbreitung der Tuberkulose die Erkrankung nicht häufig ist und daß sie bei schweren Fällen nur äußerst selten zur Beobachtung kommt. Auch läßt die pathologisch-anatomische Untersuchung nichts für Tuberkulose Charakteristisches erkennen.

Die wichtige Frage des Zeitpunkts und der Art des operativen Eingreifens beim Glioma retinae wird von Adam auf Grund eines größeren, längere Zeit hindurch beobachteten Materials behandelt. An dieser Stelle möge nur die wichtige Feststellung Platz finden: Solange das Gliom auf die Bulbuskapsel beschränkt bleibt, ist die Prognose bei Enukleation des erkrankten Auges eine günstige (zirka 93% Heilungen), sobald es aber die Hülle verlassen hat, wird die Prognose auch bei Exenteratio orbitae eine absolut infauste.

Knieper berichtet von einem Knaben, dem im 1. Lebensjahre das eine Auge wegen Glioms enukleiert wurde. Die Diagnose wurde durch pathologisch-anatomische Untersuchung bestätigt. Bald wurde auch das andere Auge von derselben Geschwulst befallen, eine Enukleation aber verweigert. Nach 10 Jahren wurde der Patient zufällig in einer Blindenanstalt wieder aufgefunden. Der das Gliom beherbergende Bulbus war phthisisch und ganz reizlos.

De Klejn, der sich mit derselben Frage beschäftigt, hält es nicht für ausgeschlossen, daß es sich in dem zweiten Auge des Kniepersehen Falles nicht um ein Gliom gehandelt hat. Um eine genaue Differentialdiagnose gegenüber dem Pseudogliom zu stellen, dazu reichen unsere heutigen Kenntnisse trotz aller auf eine Verfeinerung der Diagnostik gerichteten Bestrebungen, deren große Bedeutung auf der Hand liegt, eben noch nicht aus. De Klejn selbst enukleierte einen phthisischen Bulbus mit Gliom nach 5 Jahren, weil er mit der Möglichkeit des Wiederaufflackerns der Entzündung und Wucherung rechnete. Die Untersuchung ergab durchaus nur Verknöcherung, Verkalkung und Nekrose des Gewebes, so daß ein erneutes Wuchern für sehr unwahrscheinlich gehalten werden mußte,

wenn auch Verf. die Möglichkeit nicht ausschließt, daß hie und da noch einige lebensfähige Zellen vorhanden waren.

Als Komplikation der epidemischen Zerebrospinalmeningitis beobachtete Anargyros Bindehautentzündung und Hornhauttrübung beider Augen. Meningokokken und Pneumokokken ließen sich in dem Sekret nachweisen. Es erfolgte auf Injektion des Meningokokkenserums eine allgemeine und lokale Beeinflussung der Binde- und Hornhaut.

Als Augenkomplikation bei Barlowscher Krankheit sah Steindorff bei einem 7 Monate alten Kind eine blaurote Schwellung des linken Oberlids (Hämorrhagie). Von Allgemeinsymptomen bestand Zahnfleischblutung. Es werden bei dieser Gelegenheit die Erscheinungen an den Augen aus der Literatur zusammengestellt und besprochen, wobei sich ergibt, daß dieselben doch nicht so ganz selten sind und zuweilen erst zur Diagnose führen.

Cramer berichtet über ein gesundes 7jähriges Mädchen mit springender Mydriasis. Bei vollkommener Ruhe des Blicks trat abwechselnd eine Erweiterung beider Pupillen nacheinander auf, ohne daß irgend eine äußerliche Veranlassung angeschuldigt werden konnte und ohne daß die Familienanamnese, also die Untersuchung des Nervensystems, irgend welchen Anhalt für eine Erkrankung ergab. Cramer glaubt nach Durchsicht der in der Literatur niedergelegten Anschauungen über die Pathogenese des merkwürdigen Phänomens, daß es gar nicht nötig ist, irgend welche krankhafte Reize zu supponieren. So erinnert er an einen Patienten, der willkürlich eine Pupillenerweiterung hervorrufen konnte durch Anhalten des Atems, in dem also Kaliberschwankungen der feineren Hirngefäße Ursache der Erweiterung waren.

Die bisherigen Erklärungsversuche der Pathogenese der ekzematösen Keratoconjunctivitis werden von Colombo eingehender besprochen. Die zunächst klinisch gewonnene Erfahrung, daß von der Erkrankung meist tuberkulöse oder skrofulöse Kinder heimgesucht werden, kann ebensowenig wie die genauere Feststellung einer tuberkulösen Erkrankung mittels der bekannten Reaktionen dem Verf. genügen, um der Tuberkulose allein eine ätiologische Bedeutung für die Augenerkrankung zuzuschreiben. Auch die rasche Heilung der Krankheit, ihre häufige Gutartigkeit und anderes sprechen nach Colombo nicht in diesem Sinne. Mehr schon verspricht er sich von der exsudativen Diathese, die, wenn auch ihr klinisches Bild nicht genau feststeht, u. a., was uns hier besonders interessiert, mit Darmstörungen einhergeht. So wird es auch erklärlich, daß die Kinder der ärmeren Klassen, sei es aus mangelnder Hygiene oder wegen mangelnder Aufsicht, ein Hauptkontingent bei der in Rede stehenden Augenkrankheit stellen. Als Symptom einer toxischen Darmerkrankung fand nun Colombo in 42 von 43 Fällen vermehrten Indikangehalt. Er kommt schließlich nach Erwägung aller Momente zu folgender Schlußfolgerung: „In den zur Krankheit geneigten Individuen verändern sich die Gewebe der Bindehaut und der Hornhaut beim Vorhandensein toxischer, durch Autodarmintoxikation

erzeugter Substanzen im Blutumlauf; ihre große Menge kann zuweilen die einzige Ursache der Krankheit sein, während dagegen, wenn sie nicht in genügender Menge da sind, um das Eintreten der Erkrankung zu gestatten, sie in durch vorher bestehende tuberkulöse Infektion (oder durch Skrofel) in ihrer Widerstandsfähigkeit schon früher gefährdeten Geweben eine Krankheit auslösen können."

Wolff hat mit Hilfe der neueren diagnostischen Hilfsmittel für Tuberkulose und Lues die Ätiologie chronischer Augenkrankheiten erforscht und stellt für die tuberkulöse Iritis als besonders charakteristisch hin, gegenüber der gleichen Affektion auf spezifischer Basis vor allem den äußerst langwierigen Verlauf. Dann sind ihm u. a. charakteristisch reichliche Synechien trotz vielen Atropingebrauchs, reichliche Descemetsche Beschläge, Glaskörpertrübungen und graue Knötchen auf der Iris.

Die Erfahrungen Dutoits mit Scotts Emulsion zur Hebung des Allgemeinzustandes bei augenkranken Kindern beziehen sich auf die verschiedensten Zustände. Es figurieren da Blepharoconjunctivitis eczematosa, Kerataconjunctivitis eczematosa, Masern- und Scharlachconjunctivitis, Neuritis optica infectiosa, Blenorrhoea neonatorum und Keratitis parachymatosa tuberculosa. Es wurde nicht nur das Allgemeinbefinden durch systematische Verabreichung von Scotts Emulsion gehoben, sondern es wurde auch eine zum Teil nicht unbeträchtliche Abkürzung des Heilungsverlaufs der Augenerkrankung sowie ein besseres definitives Heilungsresultat erzielt.

Einen breiten Raum nehmen die Erfahrungen über das Salvarsan bei Augenkrankheiten ein.

Igersheimer prüfte den Einfluß des Mittels zunächst experimentell und stellte fest, daß bei Kaninchen und bei einem Hunde bei reichlichen Gaben mittlerer Dosen keine wesentlichen Erscheinungen an den Augen auftraten, doch kam es unter gleichen Verhältnissen bei Katzen zu schweren degenerativen Erscheinungen an Optikus und Retina sowie zu Symptomen, die nur als toxische Wirkung von im Körper abgespaltenem anorganischem Arsen gedeutet werden konnten. Klinisch leistete das Mittel einige Male Gutes bei Affektionen von Retina und Optikus, bei sonstigen nervösen Erkrankungen und bei der Keratitis parenchymatosa waren keine besonderen Erfolge zu verzeichnen.

Auch Becker kann über eine Beeinflussung der Keratitis parenchymatosa durch Salvarsan nichts Besonderes berichten, wenigstens wurden die schwereren Fälle nicht sichtlich beeinflußt. Bei Iritis auf Grund von erworbener Lues waren dagegen die Resultate durchwegs gut. Auch bei Hirnlues und bei Neurooszidiven erwies sich das Mittel im Frühstadium als brauchbar. Die Erfolge sind jedoch oft nur vorübergehend und Rezidive sind häufig. Nicht zu entbehren ist Salvarsan da, wo Hg und IK nicht vertragen werden.

Schnaudiegel will noch kein abschließendes Urteil über Salvarsan fällen, hält es auch nicht in allen Fällen für angebracht, hebt aber doch die prompte Heilwirkung in einzelnen Fällen besonders

hervor. So wurde z. B. eine 6 cm lange Irispapel durch 0·5 g in 6 Tagen zur vollkommenen Resorption gebracht.

Die Erfahrungen Seidels beziehen sich auf Keratitis parenchymatosa und Iritis. In beiden Krankheitsgruppen wurden die besten Erfolge erzielt bei florider Entzündung, während die chronischen Fälle fast gar nicht beeinflußt wurden. Weiter wurden Augenmuskellähmungen behandelt ohne Erfolg, dagegen in einem Falle von Stauungspapille unbekannter Ätiologie sowie einmal bei Chorioiditis disseminata je eine günstige Beeinflussung des Allgemeinzustandes konstatiert.

Flemming beschäftigt sich auf Grund eines reichen Beobachtungsmaterials hauptsächlich mit der Frage der Schädigung des Auges durch Salvarsan und mit der Frage der Rezidive. Bezüglich des ersteren steht er auf dem Standpunkte, daß bisher ein einwandfreier Fall von Erkrankung des Sehorgans nach Salvarsan nicht beobachtet sei. Es handle sich um Rezidive der Lues, die auch bei anderen Behandlungsmethoden nichts Seltenes seien und nur deshalb bei der Arsenbehandlung besonders auffielen, weil man vielfach noch in dem Glauben befangen sei, durch das neue Mittel eine Sterilisatio magna zu erreichen, eine Wirkung, die demselben aber nicht zukäme. Bezüglich der Einwirkung auf Augenerkrankungen macht Flemming im wesentlichen die gleichen Erfahrungen, wie die bereits genannten Autoren. Keratitis parenchymatosa ließ sich nur schlecht beeinflussen, Iritiden und Glaskörpertrübungen meist sehr eklatant günstig.

Nach Stuelp, der die bisherige Literatur kritisch verwertete, ließen sich Keratitis parenchymatosa und Augenmuskeln am schlechtesten beeinflussen. Er will Salvarsan nur anwenden bei Fällen, wo eine schnelle Wirkung indiziert ist oder wo Hg und I nicht wirken oder nicht vertragen werden. In allen anderen Fällen sollte man einen Versuch mit der bisherigen Therapie machen. Als Kontraindikationen für Salvarsantherapie gelten ihm u. a. Erkrankungen des Optikus und der Retina nicht luetischer Natur, schwere Lungenkrankheiten ausschließlich der Tuberkulose, schwere kongenitale Lues der Neugeborenen, fieberhafte Erkrankungen und Ähnliches.

Goerlitz fürchtet für das Auge keine Gefahr bezüglich der Neurorezidive, da die Erscheinungen dem weiteren Fortgebrauch des Mittels zu weichen pflegen.

Auch Tobias steht auf dem Standpunkte, daß die Augenerkrankungen nach 606-Injektion Rezidive der Lues sind, da einige Spirochaeten der Abtörung durch das Mittel entgangen sein können.

Endlich machte Fleischer den Versuch, bei nicht luetischen Augenkrankheiten, bei sympathischer Ophthalmie die Arsenbehandlung durchzuführen, doch sind seine Erfolge vollkommen negativ.

Siebenlist fand Myopie bei Männern in 13%, bei Frauen in 9·3% aller Augenkranken. Die Zahl derselben nimmt ab mit dem Grade der Kurzsichtigkeit. Bei den niederen Graden überwiegen die Männer, bei etwa 7% kehrt sich das Verhältnis um, die Frauen stellen dann das größere Kontingent. Nahearbeiter überwiegen bei den

niederen Graden. Komplikationen nehmen mit dem Grade der Kurzsichtigkeit zu. Das Sehvermögen nimmt ebenfalls unter denselben Verhältnissen ab, es ist größer bei Nahearbeitern als bei Nichtnahearbeitern und Frauen.

Die Frage nach der ätiologischen Bedeutung der Hornhautflecken für die Myopie beantwortet Steiger in negativem Sinne. Von 215 Kindern, die bereits im 1. Schuljahre Hornhautflecken hatten, wurden nach 5 Jahren 11 = 5·4% kurzsichtig befunden. Die allgemeine Zunahme der Kurzsichtigkeit bei 4676 genauer untersuchten Kindern ohne Rücksicht auf die Hornhautflecken betrug aber fast das gleiche, nämlich 5·3%, so daß also von einem Überwiegen der mit Flecken behafteten Kinder unter den Myopien nicht die Rede sein kann.

Hesse untersuchte auf Grund des großen Materials der Grazer Klinik die Frage nach der Berechtigung der Operation hochgradiger Myopie. Er kann, eine tadellose Asepsis und Technik vorausgesetzt, nicht zugeben, daß die Augen durch den Eingriff eine Schädigung erfahren. Allerdings werden die Gefahren, denen hochgradig myopische Augen spontan ausgesetzt sind, durch eine Operation nicht vermindert, anderseits ist aber die Zunahme der praktischen Brauchbarkeit der operierten Augen eine derartig hohe, daß die Methode der Myopieoperation ihre vollkommene Berechtigung hat.

Amerikanische Literatur über Poliomyelitis. 1911. II. Semester. Sammelreferat.

Folgende Arbeiten über Poliomyelitis sind in der amerikanischen Literatur im vergangenen Semester erschienen:

1. **Allen.** *Histopathology of preparalytic stage of acute anterior poliomyelitis.* (Histopathologie des präparalytischen Studiums der Poliomyelitis.) (Pennsylvania Med. Journ., Dezember 1911.)

2. **Bassoe.** *Acute anterior poliomyelitis.* (Iowa Med. Journ., August 1911.)

3. **Batte.** *Ataxic type of infantile paralysis.* (Lancet-clinic, 2. Dezember 1911.)

4. **Beling.** *Poliomyelitis anterior.* (Journ. Med. Soc. New Jersey, September 1911.)

5. **Davis.** *Surgical treatment of poliomyelitis.* (Chirurgische Behandlung der Poliomyelitis.) (Pennsylvania Med. Journ., Dezember 1911.)

6. **Day.** *Poliomyelitis anterior.* (Journ. Med. Soc. New Jersey, August 1911.)

7. **Dixon.** *Pennsylvania's work on Poliomyelitis.* (Pennsylvanische Arbeiten über Poliomyelitis.) (Pennsylvania Med. Journ., Dezember 1911.)

8. **Dixon and Karsner.** *Epidemiologic and etiologic studies of acute poliomyelitis in Pennsylvania.* (Epidemiologische und ätiologische Arbeiten über akute Poliomyelitis.) (Amer. Journ. Dis Children, Oktober 1911.)

9. **Flexner.** *The control of epidemic Poliomyelitis.* (Kontrolle der epidemischen Poliomyelitis.) (Amer. Journ. Dis. Children, August 1911.)

10. **Flexner and Clark.** *Epidemic Poliomyelitis, XI. note.* (11. Mitteilung über epidemische Poliomyelitis.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 18. November 1911.)

11. **Green.** *Acute anterior poliomyelitis.* (Journ. Michigan State Med. Assoc., Dezember 1911.)

12. **Griffin.** *A simple appliance for the relief of residual peroneal paralysis following acute anterior poliomyelitis.* (Einfacher Apparat zur Erleichterung überbleibender Peroneuslähmung nach Poliomyelitis.) (Therap. Gazette, Dezember 1911.)

13. **Hecht.** *Acute poliomyelitis.* (Diagnosis.) (Interstate Med. Journ., Dezember 1911.)

14. **Hodgetts.** *Statistics of infantile paralysis.* (Statistik der Kinderlähmung.) (Canadian Med. Assoc. Journ., November 1911.)

15. **Kennedy.** *Acute anterior poliomyelitis.* (Journ. Indiana State Med. Assoc., 15. August 1911.)

16. **Knox.** *Infantile paralysis.* (Kinderlähmung.) (Americ. Journ. Dis. Children, August 1911.)

17. **Koon.** *Poliomyelitis.* (Journ. Michigan State Med. Soc., Dezember 1911.)

18. **Koplik.** *The cerebral forms of poliomyelitis.* (Zerebrale Formen der Poliomyelitis.) (Americ. Journ. Dis. Children, August 1911.)

19. **Lewis.** *Recent studies in the experimental pathology of acute anterior poliomyelitis.* (Neue Forschungen in der experimentellen Pathologie der Poliomyelitis.) (Pennsylvania Med. Journ., Dezember 1911.)

20. **Lovett.** *The occurrence of infantile paralysis in the United States and Canada in 1910.* (Vorkommen der Kinderlähmung in den Vereinigten Staaten und Kanada in Jahre 1910.) (Americ. Journ. Dis. Children, August 1911.)

21. **Lovett and Richardson.** *Infantile paralysis, etc.* (Kinderlähmung usw.) (Americ. Dis. Children, Dezember 1911.)

22. **Lutz.** *Acute Poliomyelitis.* (Kentucky Med. Journ., September 1911.)

23. **Mc Clanaoan.** *Infantile paralysis.* (Illinois Med. Journ., September 1911.)

24. **Manwaring.** *Is poliomyelits of the epidemic type transmitted through inhalation?* (Wird epidemische Poliomyelitis durch Einatmung übertragen?) (Journ. Michigan State Med. Soc., Juli 1911.)

25. **Marks.** *Infection of rabbits with the virus of poliomyelitis.* (Infektion von Kaninchen mit dem Poliomyelitisgift.) (Journ. Experim. Med., August 1911.)

26. **Mettler.** *Diagnosis of acute poliomyelitis.* (Illinois Med. Journ., Oktober 1911.)

27. **Morse.** *Infantile paralysis: Spinal form.* (Spinaler Typus der Kinderlähmung.) (Americ. Journ. Dis. Children, August 1911.)

28 und 29. **Neustaedter and Thro.** *Experimental poliomyelitis.* (New York Med. Journ., 23. September und 21. Oktober 1911.)

30. **O'Reilly.** *Prevalence of infantile paralysis in Missouri.* (Herrschen der Kinderlähmung in Missouri.) (Journ. Missouri State Med. Assoc., November 1911.)

31. **Pisek.** *Epidemic poliomyelitis in the light of recent laboratory researches.* (Neue Laboratoriumsforschungen über Poliomyelitis.) (Vermont Med. Monthly, September 1911.)

32. **Randolph.** *Nomenclature of poliomyelitis.* (Nomenklatur der Poliomyelitis.) (New York Med. Journ., 9. Dezember 1911.)

33. **Rork.** *Epidemic poliomyelitis.* (Western Med. Review, Dezember 1911.)

34. **Ruth.** *Infantile paralysis.* (Kinderlähmung.) (Iowa Med. Journ., August 1911.)

35. **Sill.** *Diagnosis and Prognosis of epidemic infantile paralysis.* (Diagnose und Prognose der Kinderlähmung.) (Arch. of Diagnosis, Juli 1911).

36. **Skoog.** *3 cases of acute poliomyelitis in the same family at the same time.* (3 gleichzeitige Poliomyelitisfälle in einer Familie.) (Med. Herald, Oktober 1911.)

37. **Spiller.** *Diagnosis and medical treatment of poliomyelitis.* (Diagnose und innere Behandlung der Poliomyelitis.) (Pennsylvania Med. Journ., Dezember 1911.)

38. **Starr.** *The prevention of epidemics of infantile paralysis.* (Die Verhütung von Kinderlähmungsepidemien.) (Med. Record, 5. August 1911.)

39. **Steele.** *Anterior poliomyelitis.* (Vermont Med. Monthly, September 1911.)

40. **Stein.** *A case of abortive poliomyelitis.* (Abortivfall von Poliomyelitis.) (Med. Record, 15. Juli 1911.)

41. **Walt.** *Anterior poliomyelitis.* (Journ. Arkansas Med. Soc., Oktober 1911.)

42. **Young.** *Epidemic poliomyelitis.* (Journ. Oklahoma State Med. Assoc., Dezember 1911.)

I. Ätiologie.

Nach Flexner und Clark (10) ist die Eingangspforte der Infektion beim Menschen noch immer unsicher; eine Emulsion der Tonsillen ist für Affen infektiös, wodurch wenigstens das Vorhandensein des Giftes im Rachen bewiesen ist. Im Blute kommt das Gift bloß in starker Verdünnung vor. In der Zerebrospinalflüssigkeit erscheint das Gift erst 3 bis 4 Tage nach der intrazerebralen Einimpfung, bevor Lähmung eintritt; auch beim Menschen findet man es im präparalytischen Stadium. Verschiedene Stämme des Giftes werden notiert und der humane Stamm scheint für Affen weniger gefährlich zu sein. Dixon und Kaßner (8) beobachteten einen langen Bazillus im Blute affizierter Menschen und Affen. Der erwähnte Keim hat kolbige Enden, färbt nach Gram und mit Karbolfuchsin, ist lebhaft beweglich mit einem terminalen Geißelfaden. Lovett und Richardson (21) notieren spontane Übertragung unter Affen; diese Tiere sind aber besonders empfänglich und erliegen meist der Infektion, so daß ein Schluß auf Menschen nicht mit Sicherheit zu ziehen ist. Übrigens sind die Ansichten über lokale Infektion geteilt. Während Dixon und Kaßner mittels Rachensekret Affen nicht infizieren konnten, weder durch Einreibung im Rachen noch durch subkutane Einspritzung, fanden Neustaedter und Thro (28, 29) den Staub von Krankenzimmern nach demselben Verfahren stark infektiös. Die Krankheit ist nicht auf die anthropoiden Tiere beschränkt, denn es gelang Marks (25), Kaninchen zu infizieren.

II. Epidemiologie.

Hier wird reichliches Material geliefert. Lovett (20) sammelte 9000 Fälle in den Vereinigten Staaten und Kanada im Jahre 1910, vornehmlich in den Nordstaaten, mit gänzlicher Verschonung einiger Südstaaten. In Pennsylvania war die Krankheit von 1907 bis 1909 bloß sporadisch, 1910 dagegen stark verbreitet (Dixon und Kaßner). Ruth (34) berichtet Fälle aus Porto Rico, so daß die Tropen nicht ganz immun erscheinen. Hodgetts (14) bespricht die Statistik der

Krankheit. Interessantes über Abortivfälle liefert Stein (40); Skoog (36) bespricht eine Familienepidemie. Es wird allgemein zugegeben, daß im Sommer 1911 die Verheerungen der Krankheit gegenüber dem Vorjahre nachgelassen haben: doch tauchten in der Stadt New York allein wenigstens drei ziemlich weit entfernte Herde auf, so daß die Epidemie sicherlich nicht erloschen ist und im kommenden Sommer mit ziemlicher Sicherheit wieder auftauchen wird. Auch ist zu erwarten, daß die Krankheit sich im bisher fast verschonten Süden ausbreiten wird; ist sie doch bestimmt an eine bedeutende Luftwärme gebunden.

III. Diagnose.

Mit der Frühdiagnose steht es noch immer schlecht und die Beiträge von Bassoe (2), Hecht (13) und Mettler (26) geben darüber wenig Aufklärung. Die Möglichkeit einer Verwechslung mit Meningitis wird stets betont und die Polymorphie der Krankheit wird vielfach hervorgehoben.

IV. Pathologie.

Hier finden wir relativ wenig Neues. Die verschiedenen Krankheitstypen werden von Batte (3), Koplik (18) und Morse (27) gewürdigt. Allen (1) bespricht die Histopathologie des präparalytischen Stadiums; Marks (25) fand das Gift bei Kaninchen nicht nur im Zentralnervensystem, sondern auch in der Leber und Milz.

V. Therapie.

Obenan steht natürlich die Prophylaxe. Starr (38) will auch bei zweifelhaften Fällen Nase und Rachen desinfizieren und die Untersuchungen von Neustaedter und Thro (28, 29) weisen in derselben Richtung hin. Auch Flexner (9) geht ziemlich tief in prophylaktische Bestrebungen ein. Gegenwärtig wird hier von den meisten Behörden die Anzeigepflicht eingeschärft; dagegen werden Absperrungsmaßregeln so wenig wie bei der Zerebrospinalmeningitis gefordert, da wir von der direkten Übertragung noch nichts Bestimmtes wissen und die Ansteckung vielleicht doch durch einen Zwischenträger bedingt ist.

Von Medikamenten genießt bloß das Hexamethylenamin einiges Ansehen, obgleich auch von ihm keine nennenswerten Erfolge verzeichnet sind. Mehr Raum wird den chirurgischen Eingriffen nach vollendeter Ausbildung der Lähmungen gegeben: hier seien speziell Davis (6) und Griffin (12) erwähnt. Wachenheim (New York).

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

G. Fiore und **M. Franchetti.** (Kinderklinik, Florenz.) *Contributo allo studio dell' involuzione del timo.* (Kinderklinik, Florenz.) (Beitrag zum Studium der Thymusinvolution.) (Riv. di Clinica Pediatrica, Nr. 10, 1911.)

Aus den Untersuchungen, deren weitere Erörterung sich Verff. nach Veröffentlichung anderer, besonders histologischer Forschungen vorbehalten, sind folgende Schlüsse zu ziehen:

I. Das Blutserum von Ratten und erwachsenen Kaninchen bei wiederholter subkutaner Injektion übt einen sichtbaren Einfluß auf die Thymusdrüsen sehr junger Ratten und Kaninchen aus. Wenige (12 bis 15) Injektionen können sichtbare Wirkungen hervorbringen.

II. Das Blutserum von Ratten und erwachsenen Kaninchen mit völliger Involution der Thymusdrüse bewirkt bei sehr jungen Ratten und Kaninchen eine sichtbare Abnahme des Volumens der Thymus.

III. Das Blutserum ein wenig jüngerer Kaninchen mit noch gut sichtbarer und gut funktionierender Thymus scheint bei sehr jungen Kaninchen eine Abnahme des Volumens der Thymus hervorzurufen.

IV. Neben einer solchen Abnahme des Volumens (Ratten, Kaninchen) oder Zunahme desselben (Kaninchen) beobachteten Verff. gleichzeitig einen je nach dem Falle mehr oder weniger vorgerückten ausgesprochenen Verknöcherungsprozeß. Bei Ratten war ein ausgesprochenes Zurückbleiben in der Skelettentwicklung sowie in der Entwicklung des ganzen Körpers zu beobachten.

Dotti (Florenz).

G. Fiore. (Kinderklinik, Florenz.) *Fisiopatologia del timo. Revista sintetica.* (Physiopathologie der Thymusdrüse, Synthetische Übersicht.) (Il Morgagni, 37, 40, 43, 1911.)

In diesen sechs Kapiteln gibt Verf. eine geordnete Übersicht des gegenwärtigen Standes unserer Kenntnisse über die Thymusdrüse. Im I. und II. sind die hauptsächlichsten anatomischen und physiologischen Daten gesammelt, im III. behandelt Verf. die wichtigsten Läsionen der Organe. Das IV. Kapitel ist der Symptomatologie der Thymushypertrophie gewidmet und wird die Bedeutung der Perkussionsauskultation (deren sich Verf. bedient), der Verstärkung der Transmission der Herztöne sowie der im ganzen Bereich der hypertrophischen Thymusdrüsen hörbaren respiratorischen Stenosegeräusche hervorgehoben. Das V. Kapitel behandelt die innere Sekretion der Thymus in pathologischer Hinsicht sowie den plötzlichen Thymustod; und das VI. die einzelnen klinischen Formen der Hypertrophie und die Differentialdiagnose jeder Form sowie die Therapie derselben. Dotti (Florenz).

K. Basch und **A. Rohn.** *Zum physikalischen Nachweise der Thymus.* (A. d. pädiatr. Klinik d. Kaiser-Franz-Joseph-Kinderspitals in Prag.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1843.)

Mit Hilfe eines besonderen Perkussionsinstrumentes und der Methode der sogenannten Friktion suchten die Autoren physikalisch die Lage und Größe der Thymus zu bestimmen. Sie benutzten dazu hauptsächlich Kinder der ersten vier Lebensjahre, da sich bei älteren keine deutliche Thymusdämpfung mehr herausperkutieren ließ. Im ganzen wurden 140 Kinder untersucht. Normalerweise zeigte die Thymus beim Kinde einen Dämpfungsbezirk in rhomboidaler Form, der sich vom Jugulum gegen die zweite, respektive dritte Rippe herab-

erstreckte und dessen seitliche Begrenzungen durch die Sternal- beziehungsweise Parasternallinien gegeben wurden. Birk (Kiel).

W. Kern. *Über den Umbau der Nebenniere im extrauterinen Leben.* (A. d. pathol.-anat. Institut in Freiburg (Prof. Aschoff).) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 971.)

Die Nebennieren erleiden in den ersten Lebensjahren eine erhebliche Verkleinerung gegenüber den Verhältnissen bei der Geburt. Diese Verkleinerung kommt durch einen eigentümlichen Zerfall der innersten Schicht der Rindensubstanz zustande, die schließlich zu deren völligem Untergang führt. Diese Tatsachen sind zuerst von Kawamura (Die Cholesterinesterverfettung (Cholesterinsteatose) bei Fischer, 1911) entdeckt, später von Thomas bestätigt worden. Verf. hat die Untersuchungen Kawamuras fortgeführt.

Der Degenerationsprozeß der Rindenschicht verläuft zwar bei den verschiedenen Kindern verschieden schnell, immerhin doch mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit: Das erste Stadium ist das der Hyperämie. In diesem Stadium befindet sich die Nebenniere beim Neugeborenen. Charakteristisch für diesen ist die gewaltige kapilläre Blutfülle der innersten Rindenschicht. Neben der Hyperämie bemerkt man jedoch schon die ersten Zeichen der Degeneration in Gestalt von gewissen Schrumpfungsvorgängen an den Kernen sowie in der Einlagerung kolloider Tröpfchen in das Protoplasma. Das zweite Stadium ist das der vollentwickelten Degeneration. Es findet sich bei Kindern von einem Monat an und dauert, ohne scharf begrenzt zu sein, bis zum Ende des ersten Lebensjahres. Ihr hervorstechendstes Merkmal ist das starke Hervortreten der Degenerationszone. In der äußeren Rindensubstanz des Organs vollzieht sich zu gleicher Zeit die bekannte Gliederung in die Zona glomerulosa, fascicularis und auch reticularis. Gewöhnlich sind nur die beiden ersteren zu erkennen, an sie schließt sich die Degenerationszone an. Die 3. Periode ist die der Markkapselbildung, die durchschnittlich am Ende des ersten Lebensjahres erreicht wird. Ihr Merkmal ist der zunehmende Schwund der degenerierenden Zellen, das allmähliche Zurückgehen der Hyperämie und die damit verbundene stärkere Ausbildung des Bindegewebsgerüstes. Das 4. Stadium ist nun das der Entfaltung der Markkapsel durch das sich entwickelnde Markgewebe und die Wiederverschmelzung von Rinde und Mark. Diese Periode erstreckt sich ungefähr vom Ende des ersten Lebensjahres bis zum Abschluß des Wachstums und darüber hinaus.

Es geht also während des ersten Lebensjahres beim Säugling eine völlige Zerstörung bestimmter Schichten der Rindensubstanz der Nebenniere vor sich. Welche Bedeutung diesem eigentümlichen Umbau zuzumessen ist, läßt der Verf. dahingestellt. Es handelt sich, soweit Untersuchungen darüber vorliegen, offenbar um eine Eigentümlichkeit der menschlichen Neugeborenen, denn beim Tiere waren analoge Verhältnisse bisher nicht nachzuweisen.

Birk (Kiel).

Fernand Masay. *Beitrag zur Lehre von der Temperatur der Frühgeborenen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXV, S. 232 bis 236.)

Der Hauptgrund für die Neigung frühgeborener Kinder zu abnorm niedriger Körpertemperatur ist die mangelhafte Entwicklung des Wärmeregulationszentrums. Das zeigt sich darin, daß sie auf geringfügige Einwirkungen auch mit abnorm hoher Temperatursteigerung reagieren können. Daneben ist die mangelhafte Entwicklung der Muskulatur von Bedeutung. H. Vogt.

V. Lovati. *Sul passaggio di sostanze medicamentose nel liquido cefalorachidiano.* (Der Übergang medikamentöser Substanzen in die Zerebrospinalflüssigkeit.) (Rassegna di Pediatria, VIII, 1911.)

Verf. stellte Versuche an: 1. mit Urotropin, das Ameisensäurealdehyd ergeben sollte; 2. mit Perjodin. Von ersterem gab Verf. 1 bis 3 g pro die, von letzterem 10 bis 40 Tropfen. In 11 Fällen mit normalen Meningen negative Reaktion. In 8 Fällen positive Reaktion, und zwar in 4 Fällen tuberkulöser Meningitis, in 1 Streptokokkenmeningitis, in 2 von Gehirntumor, in 1 von postmeningitischem Hydrozephalus. Verf. schließt, daß, während normale Gehirnhäute undurchdringlich sind, eine solche Undurchdringlichkeit nicht nur bei selbst angehender tuberkulöser Meningitis, sondern auch bei anderen eine Veränderung der Gehirnhäute bedingenden Krankheiten des Nervensystems aufhöre. In dem Falle von Streptokokkenmeningitis verschwanden die Krankheitserscheinungen rasch auf Darreichung von Urotropin, eine schon von anderen Autoren bei zerebrospinaler Meningitis gemachte Beobachtung. In einem auf tuberkulöse Meningitis verdächtigen Falle war Durchdringlichkeit negativ und die Nervenerscheinungen verschwanden rasch auf Entleerung stinkender, Askariden enthaltender Fäzes. Dieses Studium sollte daher sowohl in diagnostischer als auch in therapeutischer Hinsicht fortgesetzt werden. Dotti (Florenz).

Sill. *Various infections and inflammations in children treated with tincture of iodine.* (Behandlung von Infektionen und entzündlichen Prozessen mit Jodtinktur.) (New York Med. Journ., 9. Dezember 1911.)

Verf. berichtet über eine Reihe von 660 Kindern, bei denen dieses Medikament erfolgreich war, darunter betrugen Nasen- und Rachenerkrankungen die Mehrzahl. Die antiseptische Wirkung des Jods in der lokalen Therapie hat immer noch nicht die richtige Würdigung gefunden. Wachenheim.

Franz Bertling. *Über die Verwendbarkeit des Urethans in der Kinderheilkunde.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 4.)

Das zuerst von Schmiedeberg als Schlafmittel empfohlene Urethan hat sich in der Praxis nicht eingebürgert, wohl aber haben schon Friedländer und v. Jaksch Versuche mit Urethan bei Kindern wegen seiner Gefahrlosigkeit und Unschädlichkeit angeraten. In der Göttinger Kinderklinik und Poliklinik wurden derartige Ver-

suche jetzt ausgeführt, um die Verwendbarkeit, Dosierung, besondere Indikation des Mittels festzustellen. Keller.

W. Lublinski. *Die lokale Mentholanwendung in der Nase und ihre Gefahr im frühen Kindesalter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 6.)

Auf Grund einer eigenen Beobachtung, in welcher er bei einem 11 monatigen Kinde im Anschlusse an Einbringung einer 2%igen Koryfinvaseline in den Naseneingang einen schweren Glottiskrampf erlebte, rät Verf. zu Vorsicht in der Anwendung von Menthol und Mentholpräparaten bei kleinen Kindern, namentlich solchen, die an Stimmritzenkrampf gelitten haben, und erinnert an frühere Mitteilungen besonders in der französischen Literatur. Keller.

Mayrhofer. *Kinderarzt und Kinderzahnarzt.* (Wiener med. Wochenschr., 1912, S. 34.)

Verf. weist auf die Berührungspunkte zwischen Zahnheilkunde und Pädiatrie hin, bespricht speziell die vorzeitige Extraktion der Milchzähne und den paraxialen Durchbruch der bleibenden Zähne und ihrer pathologischen Bedeutung. Er hält die Kombination von Kinderarzt und Kinderzahnarzt für höchst wünschenswert und nutzbringend. Lehrdorff (Wien).

Ad. Czerny. *Über die Desodorierung von Exkrementen im Krankenzimmer.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 10.)

Czerny kann die von Uhlenhuth ermittelte desodorierende Wirkung des Antiformins nur bestätigen und empfiehlt es (10%ige Lösung), um die Stuhlentleerungen und Kautschukunterlagen zu desodorieren. Keller.

Ernährung und Stoffwechsel.

Köppe (Gießen). *Über Säuglingsernährung.* (Erfahrungen und Fortschritte in den letzten Jahren.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1777.)

Klinischer Vortrag, der für den Pädiater nichts Neues bringt, aber ein gutes Beispiel bietet, wie man dem praktischen Arzt die Fortschritte der Pädiatrie in einfacher, klarer und ansprechender Form übermitteln kann. Birk (Kiel).

K. Franz. *Über das Stillen der Wöchnerinnen.* (Vorträge in der Sitzung der Berliner med. Gesellsch. vom 28. Juni 1911.) (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 28.)

Das, was Franz ausspricht, gilt in der Pädiatrie heute als bekannt. Daß aber ein Geburtshelfer, und zwar einer von der Bedeutung des Verf. sagt: „Eine physiologische Stillunfähigkeit gibt

es nicht, Fälle von absoluter Stillunmöglichkeit sind enorm selten", das ist außerordentlich erfreulich. Verf. spricht über Milchsekretion, Art des Anlegens, Ernährung der Wöchnerin, Trinkmenge und Entwicklung des Neugeborenen.

Eine Ergänzung der auf die erste Lebenswoche sich beschränkenden Erfahrungen des Geburtshelfers brachte Heubner, und zwar auf Grund des im Lissauerschen Heim gesammelten Materials von nicht weniger als 707 Frauen. Von diesen schieden 133 aus, die vor Ablauf der 3 Monate die Anstalt verließen. Von den übrigbleibenden 575 Frauen konnten 479 = 83·3% ihre Kinder die vollen 3 Monate stillen.

Immerhin sind es Mütter, welche schon durch das Aufsuchen des Heims gewissermaßen ihren Willen zum Stillen dokumentieren.

Auf das Verhalten der Brustdrüsenfunktion gerade bei den Müttern, welche ihre Kinder nicht 3 Monate stillen konnten, geht Heubner ein. Keller.

Mayerhofer und **Přibram.** *Praktische Erfolge der Ernährung mit konservierter Frauenmilch. (Bericht über 100 Fälle).* (A. d. Kinderabteilung des Kaiser-Franz-Josef-Spitals und dem Serotherapeutischen Institut in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. III, S. 525.)

Die Verff. berichten über die Erfolge der von ihnen eingeführten Ernährung von Säuglingen mit konservierter Frauenmilch. Die Konservierung geschah nach dem Buddeschen Verfahren vermittels Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd zur Frauenmilch unter Erwärmen derselben auf 55° C. Diese Konservierung muß täglich wiederholt werden. Es gelingt dann, die Milch monatelang gebrauchsfähig zu erhalten. Trotz der scheinbaren Einfachheit des Verfahrens ist die Verfütterung solcher konservierter Frauenmilch, wie die Verff. ausdrücklich betonen, doch eine sehr mühevolle Sache. Der Preis der Milch stellte sich unter den Verhältnissen, unter denen sie arbeiteten, auf 1·73 Kronen für ein Liter. In späteren Versuchen verwendeten sie statt H_2O_2 auch Kalziumsuperoxyd. Außerdem stellten sie aus entfetteter Frauenmilch ein Pulver her, das sich ebenfalls zur Ernährung verwendbar zeigte und noch länger haltbar war als die flüssige Frauenmilch. Die Konservierung der Frauenmilch eignet sich für solche Spitäler, in denen zuweilen Überfluß, zuweilen aber auch Mangel an Frauenmilch herrscht. Die Erfolge damit waren angeblich gut. Eine große Anzahl Krankengeschichten geben darüber Aufschluß. Birk (Kiel.)

Neff. *Recent experiences in the artificial feeding of 100 infants during the first 3 months of life.* (Neue Erfahrungen in der künstlichen Ernährung von 100 Kindern in den ersten 3 Lebensmonaten.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 23. Dezember 1911.)

Das Geburtsgewicht wird erst nach 11 Tagen überholt. Temperaturen über 37·2° sind fieberverdächtig. Die Peptonisierung ist von geringem Wert, besser sind Buttermilch und abgerahmte Milch, am besten Malzsuppe und Malzzucker überhaupt. Kaseinmilch

wirkt bei Darmintoxikation vortrefflich, ist aber bei annähernd normaler Verdauung nicht angezeigt. Im allgemeinen soll man mit der Fettdarreichung vorsichtig umgehen. Wachenheim.

Heiman. *Albumin milk as contrasted with other milk mixtures in the treatment of the diarrheas of children.* (Eiweißmilch im Vergleiche zu anderen Milchmischungen bei der Behandlung von Durchfällen der Kinder.) (Arch. of Pediatrics, Dezember 1911.)

Bei einigen Dutzend Fällen war eine gewisse, aber nicht gerade merkwürdige Überlegenheit der Eiweißmilch konstatiert. Verf. will nicht mehr als die Schadlosigkeit des neuen Nährmittels bewiesen haben; sein endgültiger Wert bedarf noch vieler Nachprüfung.

Wachenheim.

Karl Beck. *Über Ernährung magendarmkranker Säuglinge mit Eiweißmilch.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXV, S. 315 bis 333).

Verf. berichtet breit über seine Erfolge mit Eiweißmilch bei 175 Säuglingen, von denen nach seiner Nomenklatur 110 an Dyspepsie, 8 an toxischen Enterokatarrhen, 40 an Enterokolitiden und 17 an Dekompositionen litten. Von den 175 Fällen sind 12 gestorben, die nach seiner Meinung auch auf keine andere Weise hätten am Leben erhalten werden können. Die Eiweißmilch konnte meist schon nach 14 Tagen durch Milch mit Zusätzen oder Malzsuppe ersetzt werden. H. Vogt.

Arnold Benfey. *Zur Ernährung Neugeborener mit Eiweißmilch.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXV, S. 280 bis 314.)

Verf. berichtet über die Ernährungsresultate mit Eiweißmilch bei 83 Kindern. Die Resultate waren ein Ernährungserfolg von 100% bei von Infektionen verschonten, von 71·8% bei von Infektionen geschädigten Kindern. Danach scheint das Problem der künstlichen Ernährung Neugeborener gelöst zu sein. Zur Beurteilung der mitgeteilten Erfolge sind folgende Punkte zu berücksichtigen. Verf. rechnet zu den neugeborenen Kindern, die bei künstlicher Ernährung gediehen sind, nicht nur solche, die von Anfang an ausschließlich künstlich genährt sind. Von den 83 Kindern standen bei der Aufnahme in der ersten Lebenswoche 22, in der zweiten 50, in der dritten 10! Dieser Umstand ist aber von entscheidender Bedeutung. Denn die Schwierigkeiten der künstlichen Ernährung verringern sich, man kann sagen, mit jedem Tage, den das Kind Frauenmilch bekommen hat. Nur wird die Art der vorausgegangenen Ernährung mit keiner Silbe erwähnt, wodurch die Darstellung des Verf. geradezu irreführend wird. Die Beobachtungszeit erstreckt sich bei der Ernährung mit Eiweißmilch auf „mindestens 4 Wochen". Reicht das aus zur Beurteilung eines Ernährungserfolgs? Schließlich noch eine Frage. Wir wissen, daß bei künstlicher Ernährung Säuglinge Infektionen mehr ausgesetzt sind als bei natürlicher. Ist es ein Zufall, daß von den 83 Fällen des Verf. bei 39 das Ernährungsresultat durch Infektionen

mehr oder weniger beeinträchtigt wurde? Das Problem der künstlichen Ernährung Neugeborener ist also noch nicht gelöst. H. Vogt.

H. Finkelstein. *Zur Indikation und Technik der Behandlung des Säuglingsekzems mit molkenarmer Milch.* (Ther. Monatsh., Jänner 1912, S. 34.)

Finkelsteins abschließendes Urteil über die Verwendbarkeit und Leistungsfähigkeit seines Verfahrens faßt er in folgende Regeln: Die Ekzemsuppe soll erst nach einem Versuche mit den gewöhnlichen Methoden angewendet werden, und zwar nur bei entzündlich gereizten, stark nässenden impetiginösen Ekzemen, wenn innerhalb 14 Tagen auf einfache Art keine befriedigende Besserung zu erreichen war. Bestehende Durchfälle oder Ernährungsstörungen schwerer Art bilden eine Gegenanzeige. Die Mengen der Ekzemsuppe sind reichlich zu bemessen; mäßige Beigaben von Mehlsuppen, Gemüsen, Breien in salzfreier Zubereitung und von Obst sind, wenn nicht schon von Anfang an, so doch wenigstens nach kurzer Zeit erforderlich. Abnahmen, abgesehen von solchen mäßigen Betrages in den ersten Tagen, sollen nicht zugelassen werden und gegebenenfalls durch Zulagen, namentlich von Kohlehydrat, beseitigt werden, es sei denn, daß es sich um vorher schwer überfütterte Kinder handelt, bei denen man übrigens von der Vorperiode mit gewöhnlicher knapper Kost nie absehen sollte. Auch bei ihnen wird man extreme Gewichtsverluste durch Kohlehydratzulagen hemmen müssen. Abnahmen in Begleitung von Appetitlosigkeit, Erbrechen und Apathie deuten auf Salzhunger, sind bedenklich und geben eine dringende Anzeige für sofortige Zulage von reichlich Molke oder Buttermilch. Die Anwendungsdauer der Suppe kann bei geeigneter Zukost beliebig ausgedehnt werden, unter 3 bis 4 Wochen soll sie nie herabgehen. Später wird an Stelle der Suppe am besten Buttermilch gesetzt. Beim Übergang kommt es oft zu einer vorübergehenden Verschlimmerung, die dadurch vermeidbar ist, daß man sich nach vollkommenem Aussetzen der Suppe mit der Buttermilch allmählich in langsam steigenden Gaben einschleicht. Zuppinger (Wien).

Morse. *The use of malt sugar and high percentages of casein in infant feeding.* (Die Verwendung von Malzzucker und hohen Kaseinsätzen bei der Säuglingsernährung.) (Amer. Journ. Dis. Children, November 1911.)

Bei den Vorzügen dieser Nährmethoden bei Verdauungsstörungen betrachtet Verf. ihre Verwendung auf die Dauer als nachteilig. Er will bei längerer Fütterung Gewichtsstillstand bemerken und zieht vor, so bald wie möglich auf die gewöhnlichen Mischungen überzugehen. Die bloße Kalorienrechnung ist dabei irreführend.

Wachenheim.

Hugo Schulz (Greifswald). *Der Übergang von Kieselsäure in die Milch beim Sterilisieren in Glasflaschen.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 7.)

An der Hand dreier Analysen (9 Kieselsäurebestimmungen, Kontrollanalysen fehlen anscheinend), deren Resultate nicht einmal gleichsinnig ausfallen, kommt der Autor zu dem Ergebnis, daß beim Sterilisieren Kieselsäure vom Glase der Milchflaschen in die Milch übergeht. Je billiger das Flaschenmaterial, um so größer ist die SiO_2-Abgabe an die Milch. Mit Hilfe dieses Befundes, der an und für sich durchaus plausibel erscheint, läßt der Autor nun aber imponierende Seifenblasen in die Luft steigen. Nach den Erfahrungen der Pharmakologen ist hartnäckige Obstipation eine charakteristische Kieselsäurewirkung. Folglich dürfte auch die Obstipation künstlich genährter Säuglinge, für die uns eine auskömmliche Erklärung bisher fehlt (?), damit ätiologisch aufgedeckt sein. Aber auch eine nicht nach Soxhlet sterilisierte Milch hat möglicherweise infolge hohen Kieselsäuregehaltes obstipierende Wirkung. Ja, vielleicht ist sogar die Barlowsche Krankheit nichts anderes als eine Kieselsäureüberladung des Säuglings. Klotz (Straßburg).

Hess. *A study of the caloric needs of premature infants.* (Untersuchung über den kalorischen Bedarf frühgeborener Kinder.) (Amer. Journ. Dis. Children, November 1911.)

Der Energiequotient frühgeborener Kinder übersteigt den der rechtzeitiggeborenen bedeutend, statt 100 erreicht er bis 170, ohne die Prognose gerade ungünstig zu gestalten, diese wird aber bei 200 infaust. Um den Bedarf zu decken, steige man rasch von 30 Kalorien am ersten Tage auf etwa 90 bei Ablauf der ersten Woche und womöglich auf 110 bis 140 binnen 14 Tagen, natürlich sorgfältig individualisierend. Verf. rechnet 700 Kalorien auf 1 l Frauenmilch, etwas höher als Budin. Man suche dabei den Kalorienverlust mittels künstlicher Wärme zu vermindern, verfahre aber dabei mit Vorsicht, um fieberhafte Zustände zu vermeiden. Darmstörungen betrachte man als Zersetzungsprozesse, wie bei Atrophie. Mit künstlicher Ernährung kommt man meist schlecht aus. Wachenheim.

Schloßmann. *Über den respiratorischen Stoffwechsel der Säuglinge.* (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1633.)

Schloßmann gibt in dieser Arbeit einen kurzen Überblick über die von ihm gewonnenen Resultate über den respiratorischen Gaswechsel des Säuglings. Die Untersuchungen geschahen vermittels des Regnault-Reisetschen Respirationsapparates.

Sie hatten als erste Frage die des sogenannten „Grundumsatzes" zum Gegenstande. Unter Grundumsatz ist dabei jener Stoffverbrauch zu verstehen, der notwendig ist, um die Lebensvorgänge an sich aufrecht zu erhalten, also um die durch Strahlung oder Verdampfung verloren gehende Wärme zu ersetzen und das durch Atmung und Blutbewegung entstehende Kraftverbrauchsminimum zu decken. Der Grundumsatz des Säuglings — auf 1 m^2 Körperoberfläche berechnet — entsprach einer Produktion von zirka 12 g Kohlensäure bei einem Verbrauche von zirka 11 g Sauerstoff in der Stunde. Der Grundumsatz geht proportional der Oberfläche des Körpers, nicht

dem Gewichte. Vergleicht man den Wert des Säuglings mit denen, die man beim Erwachsenen gefunden hat, so ergibt sich, daß der respiratorische Stoffwechsel unabhängig vom Alter verläuft und daß der Grundumsatz vollkommen gleich ist, ob es sich nun um ein jüngeres oder älteres Individuum handelt. Die frühere Angabe, daß der Stoffwechsel jugendlicher Individuen normalerweise reger sei als derjenige älterer, läßt sich demnach nicht mehr aufrecht erhalten.

Zu dem Grundumsatze addiert sich unter normalen Verhältnissen noch der Energieverbrauch hinzu, der durch Leistungen des Körpers — Bewegung, Arbeit, Schreien des Säuglings — und durch die Nahrungsaufnahme dargestellt wird.

Der Umsatz bei Nahrungsdarreichung ist (wie der Grundumsatz) bei Säuglingen verschiedenen Alters und selbst bei Erwachsenen der gleiche, sofern die Nahrung nach Art und Menge die gleiche bleibt. Variiert man die Nahrung, so zeigt sie sich von bestimmendem Einfluß. Je mehr Kohlehydrate verfüttert werden, desto mehr CO_2 entsteht und desto rascher tritt dieselbe in die Exspirationsluft.

Von größter Bedeutung für die Stoffzersetzung sind körperliche Leistungen der Kinder, z. B. anhaltendes Schreien. Ein Kind von $5^1/_2$ kg entwickelte bei lebhafter Bewegung 13·27 Kalorien mehr als in der Ruhe, leistete also etwa 1800 Meterkilogramm Arbeit — eine Tatsache, die es verständlich macht, weshalb ruhige phlegmatische Kinder mit viel geringeren Nahrungsmengen auskommen können als zappelige und nervöse.

Ohne Einfluß auf den Stoffumsatz erwies sich merkwürdigerweise die Temperatur der umgebenden Luft. Schwankungen der Umgebungstemperatur von 16 bis 24° erwiesen sich als vollkommen bedeutungslos.

Neben normalen Kindern untersuchte der Verf. auch nicht normale. Er erwähnt davon einige Daten über Atrophiker. Solange ein solches Kind noch nicht zunimmt, hat es einen herabgesetzten respiratorischen Stoffwechsel, wenn es sich in Heilung befindet, ist derselbe jedoch zuweilen enorm erhöht. Birk (Kiel).

Du Bois. *An apparatus for the collection of the excreta of infants.* (Apparat zur Sammlung der Säuglingsexkrete.) (Amer. Journ. Dis. Children, Dezember 1911.)

Howland and **Cooke.** *A metabolism bed for infants.* (Stoffwechselbett für Säuglinge.) (Amer. Journ. Dis. Children, Dezember 1911.)

Beide Mitteilungen betreffen sinnreiche Vorrichtungen zur Erleichterung der Stoffwechseluntersuchungen. Sie sind leider zum Referate nicht geeignet, da die Abbildungen das Hauptsächlichste bilden. Wachenheim.

Otto Kastner. *Körpervolumen und spezifisches Gewicht von Säuglingen.*

M. v. Pfaundler. *Körpervolum- und Körperdichtbestimmung am lebenden Säugling. Zu ihrer Bedeutung und Methodik.* (A. d. Kinderklinik in München.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. III, S. 391 u. 413.)

Die erste Arbeit bringt Versuche über die Bestimmung des Körpervolumens und spezifischen Gewichtes von Säuglingen, während in der zweiten Pfaundler die Gesichtspunkte vorlegt, unter denen diese Versuche angestellt wurden.

Die Bestimmung des Körpervolumens geschah durch Messung des Überlaufwassers. (Bei den, in derselben Zeitschrift kurz zuvor bekanntgegebenen Untersuchungen Oppenheimers über das gleiche Thema geschah die Volumenbestimmung durch Messung der Niveaudifferenz.) Das Vorgehen gestaltete sich im einzelnen Falle so, daß die Kinder in einen 70 cm hohen, 25 cm breiten Zinkblechzylinder, der in Höhe von 62 cm einige seitliche Ausströmungen hatte, eingetaucht wurden. Um die Bewegungen der Kinder auszuschalten, wurden die Extremitäten bandagiert. An den Bändern wurden sie zugleich gehalten. Das Eintauchen geschah bis zur Kinn-Unterkiefer-Haargrenze. Das überlaufende Wasser entsprach dem Körpervolumen im Moment der tiefen Inspiration. Schwierigkeiten machte nur die Bestimmung des Kopfvolumens. Dieses wurde nicht direkt bestimmt, sondern berechnet, nachdem sich aus der Untersuchung von Leichenschädeln ergeben hatte, daß — bei Ausschluß gröberer Kopfdeformitäten — im allgemeinen ziemlich konstante Beziehungen zwischen Volum des Schädels und horizontalem Umfang desselben bestehen.

Derartige Bestimmungen wurden im ganzen 154 gemacht. Dabei ergab sich, daß die spezifischen Gewichte der Säuglinge und Säuglingsleichen schwankten zwischen 0,8832 (etwa dem der Öle) und 1·2435 (etwa dem der gesättigten Kochsalzlauge); die spezifischen Äquivalentgewichte lagen zwischen 1·1020 und 1·7184. In 124 oder 81% aller Fälle lag das spezifische Gewicht des Körpers unter jenem des Wassers (bei 4° C), in 29 Fällen oder 19% entsprach es diesem oder übertraf es.

Bezüglich der einzelnen Kategorien von Kindern ergab sich folgendes: 37 Bestimmungen betrafen Kinder von normaler Körperbeschaffenheit. Bei diesen war das spezifische Gewicht

im	2.	Lebensmonat durchschnittlich	= 0·9823
„	3.	„ „	= 0·9915
„	4.	„ „	= 0·9856

Das spezifische Gewicht aller (23) im 2 bis 4. Monat stehenden normalen Kinder war im Minimum 0·9156, im Maximum 1·0676, im Mittel 0·9870. Das spezifische Äquivalentgewicht war im Mittel = 1·2840. Bei den im 5. bis 6. Monat stehenden Kindern war das Minimum des spezifischen Gewichtes = 0·9168, das Maximum 1·0, das Mittel 0·9557, das spezifische Äquivalentgewicht = 1·2065.

Das mittlere spezifische Gewicht normaler Säuglinge sinkt also im Laufe der Entwicklung jenseits des 2. Lebensmonates und besonders im 2. Lebenshalbjahr etwas ab.

Bezüglich des Ernährungsmodus zeigte sich, daß Brustkinder etwas leichter waren als die teilweise oder ganz mit Kuhmilchmischungen ernährten Kinder.

Von den nicht normalen Kindern ergaben Atrophiker eine Verminderung der durchschnittlichen Körperdichte. Doch handelte es sich keineswegs um einen gesetzmäßigen Vorgang. Auch Kinder mit alimentären und infektiösen Intoxikationen hatten eine verminderte Körperdichte, wahrscheinlich bedingt durch den obligaten Wasserverlust. Rachitiker waren in der ersten Erkrankungsperiode leichter, späterhin spezifisch schwerer als gleichaltrige gesunde Kinder. Kinder mit pastösem Habitus hatten ein etwas kleineres spezifisches Gewicht als normale, ohne aber ein gesetzmäßiges Verhalten zu zeigen. Dasselbe war der Fall bei exsudativer Diathese.

II. An der Hand dieser Ergebnisse gibt nun Pfaundler eine Kritik der Methodik und Bedeutung derartiger Untersuchungen, wobei er zu dem Resultat kommt, daß Bestimmungen der Körperdichte bei Säuglingen bei dem gegenwärtigen Stande der Methodik keinerlei Aufschlüsse erhoffen lassen. Die Bedeutung der Untersuchungen würde — abgesehen von dem physiologischen Interesse, Normalzahlen darüber zu erhalten — darin liegen, daß sie möglicherweise irgend welche Aufschlüsse über Besonderheiten des Gesamtkörperbestandes abgäben, z. B. bei Konstitutionsanomalien oder bei den mannigfachen Körpergewichtsschwankungen infolge Wasserverlusten, Gewebseinschmelzungen usw. Diese Erwartungen haben sich jedoch nicht erfüllt. Denn neben den leicht faßbaren Faktoren der Konstitution, des Alters und des Gesundheitszustandes wirkte noch ein weiterer Moment mit und zwar in bestimmendem Maße, nämlich die Gasfüllung des Körpers. Respirationsbaum und mehr noch Verdauungsschlauch mit ihrem Luftgehalt üben einen solchen maßgebenden Einfluß auf die Gesamtkörperdichte aus, daß es bei dem gegenwärtigen Stande der Methodik nutzlos erscheint, derartige Bestimmungen überhaupt zu machen.

Diejenige Methode, die Erfolg verspricht, jedoch bisher noch nicht angewandt wurde, ist die Methode der sogenannten Volumenometrie. Weitere Mitteilungen über deren praktische Verwendbarkeit stellt der Verf. in Aussicht. Birk (Kiel.)

E. Schloss. *Die Wirkung der Salze auf den Säuglingsorganismus auf Grund früherer und neuerlicher Untersuchungen.* (A. d. großen Friedrichs-Waisenhaus der Stadt Berlin in Rummelsburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. III, S. 441).

Der Inhalt der umfangreichen Arbeit ist im wesentlichen polemischer Natur und richtet sich hauptsächlich gegen die (in dieser Zeitschrift referierte) Arbeit von Meyer und Cohn (Arbeiten zum 10jährigen Bestehen des Kinderasyls der Stadt Berlin). Es muß jedoch hervorgehoben werden, daß der Verf. sich nicht auf eine bloße Polemik beschränkt, sondern den zweifellos einzig richtigen Weg beschritten hat, nämlich neues Material für seine Behauptungen vorzulegen. Die Arbeit enthält eine Menge von wichtigen Einzelheiten, die im Rahmen eines Referates keine besondere Erwähnung finden können

(z. B. die Kritik der bekannten Schapsschen Versuche usw.). Ihr Hauptinhalt ist folgender:

Eine einwandfreie vollständige Erkenntnis der Salzwirkung ist nur möglich auf Grund einer Methode, die den ganzen hier sich darbietenden Schwierigkeiten möglichst Rechnung trägt. Es ist nicht zulässig, auf Grund einseitiger Versuchsanordnung und einer einzigen Dosierung Schlüsse ganz allgemeiner Natur auf das Verhalten der betreffenden Salze zu ziehen oder gar von spezifischen Wirkungen zu reden, solange die anderen Salze nicht ausreichend untersucht sind. Zu dem Studium der klinischen Wirkung der Salze ist die subkutane Einverleibung nicht geeignet. Die beste Methode ist die der einmaligen peroralen Zufuhr mit der Nahrung.

Entgegen der immer wieder auftretenden unbewiesenen Behauptung einer spezifisch pyrogenen Wirkung der Natriumsalze muß daran festgehalten werden, daß auch die Kaliumverbindungen (besonders die basischen), selten auch die Kalziumverbindungen, die Temperatur deutlich erhöhen; daneben kommen bei all diesen Salzen, vorwiegend bei den Kalziumsalzen, Untertemperaturen zur Beobachtung. Koordiniert dieser Wirkung auf die Temperatur finden sich meist andere Symptome, von seiten des Kreislaufes und des Nervensystems, die es gestatten, zwei Syndrome der Salzwirkung aufzustellen, die sich den klinischen Bildern der Intoxikation und Dekomposition zur Seite stellen lassen.

Von besonderer theoretischer und praktischer Wichtigkeit ist die Wirkung der Salze auf das Körpergewicht, die als Mehrung oder auch Minderung zur Beobachtung kommt. Erstere Wirkung ist praktisch hauptsächlich dem Kochsalz zuzuschreiben, doch lassen sich auch bei anderen Natriumsalzen, besonders dem Bromid und dem Bikarbonat, bei geeigneter Versuchsanordnung (kleine Dosen, vierstündliche Wägung) starke Gewichtsanstiege erzielen, die auf eine isohydrische Wirkung schließen lassen. Daneben beobachtet man aber auch bei einzelnen Kalium- und Kalziumverbindungen, wenn auch weniger intensiv und schneller vorübergehend, Gewichtsanstiege, die es, besonders bei Kenntnis des Schicksals der Salze, nicht zulassen, von einer spezifischen hydropigenen Wirkung der Na-Salze zu reden. Bei geeigneter Versuchsanordnung — d. h. bei Steigerung der Salzdosis ohne gleichzeitige Vermehrung der Wassermenge — kommt allen Salzen eine gewichtsvermindernde Wirkung zu, besonders den Kalium- und Kalziumsalzen, aber auch einzelnen Natriumsalzen, wie z. B. dem Jodnatrium.

Die Wirkung der Salze ist demnach abhängig von der Menge des eingeführten Salzes und seiner Konzentration, daneben noch von individuellen Verhältnissen, wie Alter, Konstitution, Art der vorausgegangenen Ernährung usw.

Dieser Einfluß der Salze auf das Körpergewicht ist, wie aus den Stoffwechselversuchen hervorgeht, die Folge ihrer Einwirkung auf den Wasserumsatz. Gewichtssteigerung geht einher mit Wasserretention, Gewichtsabnahme mit Wasserabgabe. Da aber die Salze fast nur die Wassersekretion durch die Nieren beeinflussen, selbst

große Veränderungen darin aber durch Änderung der Perspiratio insensibilis verdeckt werden können, so ist eine mangelnde Gewichtsänderung noch nicht beweisend für eine mangelnde Beeinflussung des Wasserumsatzes. Im allgemeinen ist das Verhalten der Respiration derartig, daß sie den Regulationsmechanismus des Organismus unterstützt, also bei vermehrter Wasserretention eine mäßige, bei vermehrter Nierensekretion eine starke Verminderung zeigt.

Diese Änderungen der Wasserstoffwechsels gehen meist Hand in Hand mit Änderungen im Mineralstoffwechsel. Und zwar ist es das Schicksal des superponierten Salzes, welches hauptsächlich die Wirkung auf den Wasserumsatz und also auch auf die klinischen Wirkungen bedingt. Sowohl die Temperatur als auch die Gewichtsreaktion ist abhängig von dem Verbleib des Molenüberschusses. Bleibt dieser in wirksamer Form im Körper zurück, so haben wir meist auch Wasserretention, die bei der Salzausscheidung wieder zurückgeht. Eine Demineralisation, also ein Molenverlust, führt meist zu Wasserverlusten.

Es ist nicht möglich, diese Wirkung bestimmten Ionen zuzuschreiben. Von weitaus überwiegender Bedeutung hierbei sind jedoch die Alkalien plus dem Halogen, so daß also praktisch deren Schicksal meist über die Änderungen des Wasserstoffwechsels entscheidet. Aus der Ausscheidung des Halogens (also meist des Chlors) lassen sich meist schon recht sichere Schlüsse auf das Schicksal der Alkalien gewinnen, wenn auch der Rückschluß auf ein bestimmtes Kation unzulässig ist.

In Bestätigung von früheren, auf Grund von — wie der Verf. erklärt — unzulänglichen Versuchen bestrittenen Befunden ließ sich in einem Doppelversuch mit Kaliumchlorid und Natriumchlorid feststellen, daß die Salzausfuhr bei ersterer Verbindung ungleich schneller verlief als bei letzterer. Das NaCl wird als solches einige Zeit retiniert, vermehrt also den Mineralbestand des Körpers in erheblicher Weise. Das KCl wird z. T. als solches sofort ausgeschieden, für das zurückbleibende K wird entsprechend Na mit herausgerissen, so daß also der Mineralbestand des Organismus nicht vermehrt (eher vermindert) wird. Durch diesen eklatanten Unterschied des eingeführten Salzes wird die verschiedene Wirkung der einzelnen Salze hinlänglich erklärt. Die Ausscheidungsverhältnisse der Salze sind also von maßgebender Bedeutung für die klinische Wirkung.

Dies erklärt auch am einfachsten die individuellen Verschiedenheiten der Salzwirkung.

Inwieweit außerdem den etwaigen sonstigen Umsetzungen der Salze eine Bedeutung zukommt, ist noch nicht zu übersehen. Aber es ist plausibel, daß nur die Irritierung des Alkalihalogenstoffwechsels eine größere Bedeutung für den Wasserumsatz besitzt. Eine schwere Alteration des gesamten Mineralstoffwechsels, wie sie durch sehr große Salzdosen erzielt wird, hat für die Klinik kein Interesse.

Für die Theorie des Salzfiebers (und der Salzhypothermie) hat die Feststellung der großen Unterschiede im Schicksal des eingeführten Salzes den Wert, daß die verschiedene Wirkung der einzelnen Salze

verständlich wird auch ohne die Annahme einer spezifischen Ionenwirkung. Birk (Kiel).

P. Schulz. *Wachstum und osmotischer Druck bei jungen Hunden.* (A. d. Kinderklinik in Freiburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. III, S. 495.)

In einer früheren Arbeit hatte der Verf. gezeigt, daß Hunde, die am Ende der Säuglingsperiode stehen, selbst unter ungünstigen Ernährungsverhältnissen die Fähigkeit besitzen, die physikalischen Eigenschaften ihrer Mütter aufrecht zu erhalten. Diese Ergebnisse standen im Widerspruch mit Beobachtungen, die am jungen Säugling gewonnen waren. Die Differenz konnte möglicherweise ihren Grund in dem verschiedenen Alter der Versuchsobjekte haben. Deshalb wiederholte der Verf. seine früheren Versuche noch einmal an jungen Tieren. 2 derselben wurden am 4. Lebenstage von der Mutter weggenommen und mit Haferschleim beziehungsweise $^1/_3$ Milch, $^2/_3$ Schleim künstlich ernährt. Dies ging nur eine Zeit über gut, dann mußten sie der Mutter zurückgegeben und weiter natürlich ernährt werden. Gleichwohl ging das eine der Tiere ein. Beide waren in der Entwicklung gegenüber den Kontrolltieren erheblich zurückgeblieben. Ein drittes Tier wurde vom 14. Lebenstage an künstlich genährt, ein weiteres von der 5. Lebenswoche an. Je älter die Tiere waren, desto besser vertrugen sie die ungeeignete Nahrung und desto geringer waren die Wachstumsschädigungen. Gleichwohl blieben alle in der Körperentwicklung und dem Knochenwachstum zurück. Es zeigte sich ferner ein Sinken des Salzgehaltes im Serum gegenüber den Kontrolltieren, und zwar wiederum desto stärker, je jünger die Tiere waren. Die Tiere zeigten also diesmal dasselbe Verhalten, wie es früher bei jungen Kindern bereits beobachtet worden war.

Es besteht demnach Grund zu der Annahme, daß die Fähigkeit der Konstanterhaltung der physikalischen Eigenschaften der Mutter beim Tier sowohl wie beim Menschen eine Eigenschaft darstellt, die angeboren ist, jedoch im extrauterinen Leben erst ihre völlige Ausbildung erhält. Demgemäß funktioniert diese Regulationsvorrichtung am schlechtesten, je jünger das Individuum ist, eine Tatsache, die vor einer allzu frühzeitigen Inanspruchnahme dieser Eigenschaft warnen sollte. Birk (Kiel.)

Freeman. *The intestinal infantilism of Herter.* (Der intestinale Infantilismus von Herter.) (Amer. Journ. Dis. Children, November 1911.)

Verf. berichtet über 4 Fälle mit charakteristischem Darmbakterienbefund. Neues wird nicht mitgeteilt. Wachenheim.

Graham. *Pyloric stenosis in older children, with report of a case of pyloric spasm ending fatally.* (Pylorusstenose bei älteren Kindern, mit Bericht über einen tödlich endenden Fall von Pylorospasmus.) (Amer. Journ. Dis. Children, Dezember 1911.)

Der Fall betrifft einen 6jährigen Knaben, mit bloß 10wöchentlichem Krankheitsverlauf; die wahre Todesursache scheint aber ein Augensarkom mit Metastasen gewesen zu sein. Wachenheim.

Klinik der Kinderkrankheiten.

K. v. Müllern und **B. Grossmann.** *Beiträge zur Kenntnis der Primärerkrankungen der hämatopoetischen Organe.* (Beitr. z. pathol. An. u. z. allg. Pathol., 1912, Bd. 52, S. 276.)

In dieser ausführlichen Studie, die hauptsächlich pathologisch-anatomisches und hämatologisches Interesse hat, finden sich zahlreiche Beobachtungen über Erkrankungen des hämatopoetischen Systems im Kindesalter. Fall 2 und 3 betreffen Lymphogranulomatosen; der letztere ($4^3/_4$jährige Knabe) dürfte wohl einzig in der Literatur dastehen, da sich hierbei nicht nur eine sarkomatöse Entartung der bindegewebigen Elemente, sondern auch eine solche der Lymphocyten fand. Die Fälle 5, 7, 9, 11, 13 betrafen Kinder mit Universalerkrankungen des lymphatischen Systems, die vielfach klinisch sehr interessant sind und im Gegensatze zu Sternberg bewiesen, daß sowohl die kleinzellige als auch die großzellige Form der leukämischen Lymphadenose mit oder ohne Agressivität einhergehen kann, woraus sich der Schluß ergibt, daß die Aufstellung eines gesonderten Krankheitsbegriffes der „Leukosarkomatose" derzeit untunlich ist. Die Ätiologie der Leukämien scheint sowohl bei den agressiven wie bei den nicht agressiven Fällen toxisch-infektiösen Ursprungs zu sein.
Lehrdorff (Wien).

Tileston. *A discussion of Mikulicz disease, with report of a case of lymphatic leukaemia in a child with marked enlargement of the salivary glands.* (Mikuliczsche Krankheit, mit Bericht über einen Fall von lymphatischer Leukämie mit Vergrößerung der Speicheldrüsen.) (Amer. Journ. Dis. Children, November 1911.)

Verf. kommt zu dem Schlusse, daß Fälle von Leukämie mit dem Mikuliczschem Symptomenkomplexe nicht zu der Mikuliczschen Krankheit gerechnet werden sollen. Beim vorliegenden Falle wäre dieser Irrtum besonders leicht gemacht, indem der Patient sich noch im präleukämischen Stadium der Leukämie befand; trotzdem war die Diagnose aus der Differentialzählung der Blutzellen unschwer gestellt. In Tilestons Fall waren die Tränendrüsen normal, Leber, Milz und die Lymphdrüsen stark vergrößert. Wachenheim.

S. Cannata. *Zur Pathogenese der Purpura haemorrhagica.* (A. d. Kinderklinik in Palermo.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 985.)

Ein $1^1/_2$jähriges Kind erkrankte und starb an Purpura haemorrhagica. Die Sektion ergab außerdem eine allgemeine, schwere Tuberkulose. Den Zusammenhang beider Erkrankungen denkt sich Verf.

so, daß zuerst die Tuberkulose die Nebennierenfunktion geschädigt habe, daß dadurch eine Verarmung an Adrenalin eingetreten sei, hierdurch wieder eine Schädigung des Gefäßtonus und damit allgemeine Zirkulationsstörungen und Ekchymosierungen hervorgerufen seien. Birk (Kiel).

Goussis. *Un cas de purpura hémorragique chez un paludéen.* (Bull. de la Soc. de Péd. Paris, 1911, S. 455.)

Bei einem Knaben mit Malaria trat eine schwere Purpura auf. Die Blutungen standen auf eine Chinininjektion und rezidivierten dann nicht mehr. R. Weigert (Breslau).

D'Oelsnitz. (Nizza.) *Les hypertrophies thymiques latentes et les „petits signes" de l'hypertrophie du thymus.* (Bull. de la Soc. de Péd. Paris, 1911, S. 457.)

Im Gegensatze zu den Fällen von Thymushypertrophie, die sich durch dauernde grobe Atembehinderung kenntlich machen und deren Diagnose nicht schwer ist, sind die Fälle von latenter Vergrößerung der Thymus nicht leicht zu diagnostizieren. Und doch ist es wichtig, sie rechtzeitig zu erkennen, da sie den plötzlichen Tod des Kindes herbeiführen können. Der Verf. versucht daher, das Krankheitsbild zu charakterisieren: Die Kinder sind blaß und zeigen eine gewisse Zyanose des Gesichts. Am Kopfe sieht man erweiterte Venen, die Augen sind starr, die Fontanelle ist häufig gespannt. Den Kindern fehlt die Lebhaftigkeit der Gesunden. Die Atmung wird dauernd oder nur bei Erregungen von einem leichten Stridor begleitet. Diese Symptome finden schließlich ihre Ergänzung in dem Auffinden einer parasternalen Dämpfung und durch das Röntgenbild.
R. Weigert (Breslau).

D'Oelsnitz et **Paschetta.** (Nizza.) *Les caractères de l'image radioscopique dans l'hypertrophie du thymus.* (Bull. de la Soc. de Péd. Paris, 1911, S. 462.)

Die französischen Autoren haben sich bemüht, die Charakteristika des Röntgenbildes der hypertrophischen Thymus festzustellen. Die in der vorliegenden Publikation mitgeteilten Untersuchungen der Verff. bestätigen im wesentlichen die früheren Angaben (vgl. Monatsschr. f. Kinderheilkund., Referate Bd. X, S. 345). Bemerkenswert ist nunmehr, daß die Verff. mit wiederholten Röntgenbestrahlungen eine Verkleinerung der vergrößerten Thymusdrüse erzielt zu haben glauben. R. Weigert (Breslau).

W. Dibbelt. *Neue experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der Rachitis.* (Pathol. Institut in Tübingen.) (Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 316.)

Zwischen der Rachitis des Säuglings und der gleichartigen, durch kalkarme Ernährung erzielten Erkrankung des Tiers bestehen irgend welche weitgehendere Unterschiede in pathologisch-anatomischem Sinne nicht. Nur quantitative Differenzen sind vorhanden,

und zwar insofern, als bei der Rachitis des Tieres die Ausbildung kalkfreier Knochensubstanz eine geringe ist, während bei der Rachitis der Kinder die Osteoporose mehr zurücktritt.

Das letzte Moment erklärt sich aus der Wachstumsenergie, die beim jungen Tier viel größer ist als beim Menschen, und aus dem dadurch bedingten stärkern Umbau des Knochens. Daß der Unterschied nur quantitativer Natur ist, geht daraus hervor, daß hin und wieder auch beim Menschen einmal die Osteoporose denselben hohen Grad erreicht wie beim Tier.

Auch bei der Ausbildung kalkfreier Knochensubstanz handelt es sich nur um quantitative Differenzen. Das Kind hat eine viel geringere Wachstumsgeschwindigkeit als das Tier. Dementsprechend erfolgt auch der Umbau und die Resorption kalkhaltigen Knochenmaterials viel langsamer als bei jenem.

Die experimentellen Knochenveränderungen sind also analog zu setzen denen bei Rachitis. Daraus folgt für die Frage der Ätiologie der letztern, daß sie zu einem gewissen Teile denselben Ursprung haben wird wie die experimentelle Rachitis, d. h. durch einen primären Kalkmangel in der Nahrung hervorgerufen wird. Insbesondere ist diese Ätiologie für diejenigen Fälle anzunehmen, in denen durch Beigabe von Kalk zur Nahrung eine Heilung der Rachitis erreicht wird. Bei einem großen Teil der Fälle, vielleicht sogar dem größten, ist ein primärer Kalkmangel jedoch nicht vorhanden. Bei ihnen bleibt Verabfolgung von Kalk zur Nahrung daher gänzlich wirkungslos. Sie zeigen außerdem auch noch in der Hinsicht ein abweichendes Verhalten, als sich bei ihnen eine vermehrte Ausscheidung von Kalk im Kot findet. Bei Kalkmangel in der Nahrung ist die Ausscheidung desselben in Kot herabgesetzt, weil der Organismus seine Ausgaben auf ein Minimum einschränkt.

Bei den mit vermehrter Kalkausscheidung einhergehenden Fällen muß es sich also um Störungen des Verdauungsmechanismus handeln, speziell um eine Störung des Kalkstoffwechsels.

Birk (Kiel).

J. A. Schabad und **Sorochowitsch.** *Beitrag zur Frage vom Wesen der günstigen Wirkung des Lebertrans bei Rachitis. Ist das wirkende Agens des Lebertrans ein Ferment?* (Monatschrift f. Kinderheilk. Originalien. Bd. XI, Aprilheft.)

Zur Entscheidung dieser Frage haben die Verff. die allgemeine Eigenschaft der Fermente, durch Einwirkung von hoher Temperatur zerstört zu werden, benutzt und haben Versuche mit erhitztem Lebertran an drei Rachitikern angestellt, wobei der Lebertran während einer Stunde jeden zweiten Tag sowohl der Vor- als auch der Hauptperiode bei 100° erhitzt wurde. Die Stoffwechselversuche haben gezeigt, daß die günstige Wirkung des Lebertrans auf die CaO-Retention bei Rachitis durch solche Erhitzung nicht aufgehoben wird. Doch sprechen die Verff. sich nicht ausdrücklich dafür aus, daß das wirkende Agens des Lebertrans kein Ferment sei, in Anbetracht der Möglichkeit einer raschen Regeneration der Fermente,

wie es für einige vegetabilische Fermente (Oxydasen) von Kulpson und Gramenitzki festgestellt wurde. Autoreferat.

J. Roux. *Cranio-tabes et syphilis.* (Bull. de la Soc. de Péd. Paris, 1911, S. 452.)

Da in Frankreich die Anschauung weit verbreitet ist, daß die Cranio-tabes der Säuglinge ihre Ursache in der hereditären Lues habe, prüfte der Verf. die Anamnesen einschlägiger Fälle. Er konnte unter 18 Fällen von Cranio-tabes nur einmal eine sichtbare Belastung mit Lues nachweisen. R. Weigert (Breslau).

Alger. *Some popular misconceptions regarding opthalmia neonatorum.* (Gewisse Mißverständnisse in bezug auf Ophthalmia neonatorum.) (New York State Journ. of Med., Dezember 1911.)

Die Gefahren für das Auge werden vielfach überschätzt; man geht häufig mit zu starken Mitteln vor und schädigt damit die Hornhaut. Verf. empfiehlt als Maximum eine 1%ige Lösung von Argentum nitricum, täglich einmal vom Arzte angewendet, während vom Wartepersonal eine 20%ige Argyrollösung gebraucht wird.

Wachenheim.

H. Rehn. *Zur Kasuistik des habituellen familiären Ikterus der Neugeborenen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV, Bd. S. 358 bis 361.)

Das 3. und das 4. Kind von gesunden Eltern sind in den ersten Lebenstagen schwer ikterisch und gehen am dritten Lebenstage zugrunde. Bei dem einen ergab die Obduktion Veränderungen, die wohl als Äußerungen einer intestinalen Sepsis anzusehen sind (multiple Geschwüre des Magens, Duodenalkatarrh, hochgradiger Follikularkatarrh des Dickdarms mit teilweise geschwürigem Zerfall der Follikel). Bei dem andern Kinde fanden sich wesentlich nur Schleimhautblutungen im Magen, Vergrößerung der Leber und Milz, starke Hämochromatose und zahlreiche Blutbildungsherde in der Leber. Die bakteriologische Untersuchung der Milz lieferte nur Staphylokokken, die als Verunreinigung gedeutet werden. Ob auf Anaëroben gefahndet wurde, ist nicht erwähnt. H. Vogt.

Heller. *Strabismus in infants and young children.* (Strabismus bei kleinen Kindern.) (Med. Record, 9. Dezember 1911.)

Verf. verwendet schon bei kaum 1jährigen Kindern Brillen, indem er sie mit gläserlosen Brillen an das Tragen derselben gewöhnt. Bei gut konstruierten Brillenrändern besteht keine Gefahr. Muskelübungen werden dann in ähnlicher Weise wie bei älteren Kindern, natürlich mit dem Alter entsprechender Vereinfachung, ausgeführt; die Heilungsaussicht ist in diesem Alter besonders gut, die Erziehung derselben natürlich eine nicht kleine Geduldsprobe. Interessant ist die Diagnostik bei ihren diesem Alter anhaftenden Schwierigkeiten, die Methode kann indes in einem kurzen Referate kaum wiedergegeben werden. Wachenheim.

Apert et **Leblanc.** *Sclérodermie oedémateuse généralisée (sclérémie de Besnier) survenue rapidement à la suite d'un adénophlegmon du cou.* (Bull. de la Soc. de Péd. Paris, 1911, S. 445.)

Im Anschlusse an eine Drüsenphlegmone, die nicht operiert wurde, entstand eine skleremartige Verdickung der Haut des Halses und der angrenzenden Partien; diese besserte sich auf eine Schilddrüsenbehandlung, weshalb die Verff. annehmen, daß die Affektion auf eine durch die langdauernde, in der Umgebung sich abspielende, Entzündung entstandene Schädigung der Schilddrüse des Patienten zurückzuführen sei. R. Weigert (Breslau).

Perlmann (Straßburg). *Heißluftbehandlung der Ekzeme im Säuglingsalter.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 2.)

Verfasserin berichtet über günstige therapeutische Erfolge der Heißluftbehandlung bei 35 Säuglingen mit Ekzem (besonders nässenden Formen) und Furunkulose. Am schnellsten wurden Unruhe und Juckreiz beseitigt. Klotz.

W. Pick (Wien). *Zur Ätiologie der Impetigo und der Conjunctivitis eczematosa.* (Münchener med. Wochensch., 1912, Nr. 4.)

Pick fand im Inhalte von Impetigopusteln und im Konjunktivalsacksekret Zellformen, die Kokzidien sehr ähnlich sahen, welche sich in Entwicklung befinden. (Genauere Morphologie siehe Originalarbeit.) Pick hält diese Gebilde für spezifisch, da er sie bei zahlreichen anderen Dermatosen usw. nicht auffinden konnte. Die Koinzidenz von Impetigo beziehungsweise Phlyktänenbildung mit Pedikulosis capitis brachte ihn auf die Vermutung, gewisse ätiologische Wechselbeziehungen anzunehmen. Tatsächlich gelang es ihm auch, gelegentlich bei Läusen die kokzidienähnlichen Entwicklungsformen wiederzufinden. Klotz.

Forell (München). *Über gehäuftes Auftreten von akut entzündlichen Herzerkrankungen im Kindesalter.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 3.)

Beobachtungen an 7 Kindern von $5^1/_2$ bis 10 Jahren, die gleichzeitig an einer akut einsetzenden Endo- beziehungsweise Myokarditis erkrankten. In einem Falle perikarditischer Erguß. Beginn nur bei einem Kinde mit sicherer Angina; mehrfach abortive rheumatoide Symptome. Trotzdem kommt die Annahme einer rheumatischen Infektion nicht über eine Wahrscheinlichkeitshypothese hinaus.

Der Verlauf war in allen Fällen bei exspektativem Verhalten gutartig, wenngleich bei den Kindern mit Myokarditis bereits Rezidive auftraten.

Genauere Beschreibung bleibt einer Dissertation vorbehalten. Klotz.

G. Killian. (Freiburg i. B.) *Zur Bronchoskopie bei kleinen Kindern.* (Deutsche med.Wochenschr., 1911, S. 1204.)

Im Anschlusse an die gelungene Entfernung eines Fremdkörpers aus der Lunge kommt es außerordentlich häufig bei kleinen Kindern

zur starken Atemnot, die nun ihrerseits die Tracheotomie oder die Intubation nötig macht. Damit wird artifiziell die Indikation zu einem schwereren Eingriff geschaffen, den man durch die Bronchoskopie ursprünglich vermeiden wollte. Der Verf. hat nicht weniger als 19 derartige Fälle gesammelt. Sie betreffen hauptsächlich Kinder vom 7. Lebensjahre an abwärts. Bei diesen besteht eine besondere Empfindlichkeit gegenüber der oberen Bronchoskopie und eine Disposition zu Schwellungszuständen im subglottischen Raum.

Birk (Kiel).

Ssokolow. *Der differentielle Pneumograph und seine Anwendung bei Kindern.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXV, S. 265 bis 279.)

Verf. beschreibt einen bei Kindern verwendbaren Apparat zur gleichzeitigen graphischen Aufzeichnung der Atemexkursionen symmetrischer Punkte der vorderen Brustwand. Eine Anzahl Kurven zeigen die Brauchbarkeit des Apparats, der zuweilen Veränderungen aufdeckte, die mit Auskultation und Perkussion nicht zu erheben waren. Die beigegebenen Röntgenbilder haben anscheinend bei der Reproduktion so gelitten, daß kaum noch etwas daran zu sehen ist.

H. Vogt.

Kreuzfuchs (Wien). *Die radiologische Untersuchung der Lungenspitzen. Das Hustenphänomen.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 2.)

Die mehrfach berichtete Aufhellung dunkler Lungenspitzenfelder bei der Inspiration konnte Verf. nicht wahrnehmen, wohl aber trat dieselbe ein bei Hustenstößen. Dieses Phänomen findet sich bei allen lungengesunden Individuen und solchen, bei denen nur akzidentell verdunkelte, atelektatische Spitzen vorhanden sind. Bei klinisch wie röntgenologisch sichergestellter Phthise wird das Hustenphänomen jedoch selten und unvollkommen gefunden.

Klotz.

Ullom. *A case of catarrhal laryngitis requiring intubation.* (Fall von Intubation bedürfender katarrhalischer Laryngitis.) (Arch. of Pediatrics, Dezember 1911.)

Der Patient war $2^1/_2$ Jahre alt; Diphtherie war bestimmt ausgeschlossen. Die Notwendigkeit der Tubage bei nicht diphtheritischer Kehlkopfentzündung ist äußerst selten und wird von manchen Autoren negiert.

Wachenheim.

Bortz. *Angina mit Leberschwellung.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 5.)

Unaufgeklärter Befund bei einem 9jährigen Knaben.

K. Blühdorn. *Zur Frage der Spezifizität der Plaut-Vincentschen Anginaerreger.* (A. d. Rudolf Virchow-Krankenhaus.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1154.)

Fusiforme Bazillen und Spirillen finden sich, bald spärlich, bald reichlicher, gemeinschaftlich oder die eine von beiden, in einer

großen Anzahl von Rachenabstrichen Gesunder vor; fast regelmäßig sind sie in der Umgebung der Zähne, auch in der gesunden Mundhöhle anzutreffen. Bei anginösen Erkrankungen, wie Diphtherie, Skarlatina usw., finden sie sich zum Teil massenhaft unter der sonstigen Bakterienflora. In diesen Fällen sind sie harmlose Saprophyten. Nur in denjenigen Fällen, wo sie sich in Reinkultur finden, dürfen sie als Erreger angesehen werden, eben der Plaut-Vincentschen Angina. Das klinische Bild, das sie hervorrufen, ist entweder das der pseudomembranös-kruppösen oder der exsudativ-ulzerösen Halsentzündung. Birk (Kiel).

Winslow. *An outbreak of amygdalitis or septic sore throat in eastern Masschusetts and its relation to an infected milk supply.* (Ausbruch septischer Amygdalitis in Ost-Massachusetts und sein Verhältnis zu einer Versorgung infizierter Milch.) (Boston Med.-et Surg. Journ., 14. Dezember 1911.)

Darling. *Clinical aspects of the epidemic of septic sore throat in Cambridge. May 1911.* (Klinische Beobachtungen bei einer Epidemie von septischer Angina zu Cambridge im Mai 1911.) (Ibid.)

Richardson. *An epidemic of amygdalitis due to infected milk.* (Eine Epidemie septischer Amygdalitis von infizierter Milch.) (Ibid.)

Goodale. *Observations on the epidemic of sore throat occuring in Boston and vicinity during May 1911.* (Bemerkungen über die Anginaepidemie in Boston und Umgebung im Mai 1911.) (Ibid.)

Alle vier Beiträge besprechen denselben Gegenstand. Klinisch glich die Rachenläsion oft einer echten Diphtherie; es trat namentlich oft starke Schwellung der Halsdrüsen auf. Sepsis, rheumatische Erscheinungen, Erysipel und Nephritis waren im Nachverlaufe nicht selten. Bei Kindern beherrschten häufig Magendarmerscheinungen das Krankheitsbild. Über 500 Fälle liefen im ganzen ein, mit einer Mortalität von etwa 2%, von diesen aber wenig Kinder. Die Epidemie konnte unschwer auf eine einzige Milchquelle zurückgeführt werden. Genauer bakteriologischer Bericht fehlt. Wachenheim.

Dreyfuß (Kaiserslautern). *Serumtod infolge von Anaphylaxie?* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 4.)

Bei einem 7jährigen kräftigen Knaben — nähere Anamnese fehlt — der 1 Jahr vorher prophylaktisch 150 I. E. erhalten hatte, trat nach Injektion von 1500 I. E. zunehmendes Hautjucken, dann Erbrechen, klonische Krämpfe, Bewußtlosigkeit und nach 25 bis 30 Minuten der Tod ein. Klotz.

A. Dietrich. *Leitsätze für Diphtheriebekämpfung.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 7.)

In einem Vortrage im Charlottenburger Ärzteverein führte Verf. aus, daß eine wirksame Diphtheriebekämpfung nicht allein durch Absperrung der Kranken und ihrer Angehörigen, durch schematische Karenzzeit, Schulschließung und Desinfektion zu erreichen ist, sondern nur durch Zuziehung der bakteriologischen Kontrolle. Keller.

L. Neufeld. *Ozaena, chronische Diphtherie und Rachendiphtheroid.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 9.)

Besprechung der Literatur und eigener Beobachtungen über Ozaena und deren Beziehungen zur Diphtherie. Verf. fordert bei Diphtheriebazillenträgern, namentlich wenn der positive Befund längere Zeit anhält, den strikten Nachweis durch Tierversuch und Antitoxinkontrolle, daß die gefundenen Bazillen auch wirklich Diphtheriebazillen sind. Keller.

Martens. *Über erschwertes Decanulement und Larynxatresie nach Diphtherie.* (A. d. Krankenhaus Bethanien, Berlin.) (Deutsche med. Wochen schr., 1911, S. 1590.)

Der Verf. tritt für die primäre Tracheotomie ein unter Verwerfung der Intubation. Er empfiehlt — um Schwierigkeiten des Decanulements und Entstehung späterer Strikturen zu vermeiden — die Tracheotomia inferior und das möglichst frühzeitige Dekanülisieren. Birk (Kiel).

F. Hoesch. *Zur Diphtheriebehandlung.* (A. d. Krankenhaus Friedrichshain, Berlin.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1683.)

Praktisch sehr bemerkenswerte Arbeit, die auf Grund großer Erfahrungen geschrieben ist. Wir erwähnen hier nur, daß der Verf. von den in letzter Zeit vielfach empfohlenen Mitteln zur Bekämpfung der Diphtherie und ihrer Komplikationen: hohe Serumdosen, Adrenalin, Adrenalin-Kochsalz-Infusionen usw., keine besonderen Erfolge gesehen hat. Er hält auch die Voraussetzung dieser Therapie — die angebliche diphtherische Blutdrucksenkung — für nicht den Tatsachen entsprechend. Birk (Kiel).

G. Bernhardt. *Experimentelle Untersuchungen über die Scharlachätiologie.* (A. d. Institut f. Infektionskrankh. in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 791.)

Ausgehend von der Erwägung, daß das Scharlachvirus eine besondere Affinität zum Epithel habe, wählte der Autor als Ausgangsmaterial für seine Untersuchungen den Zungenbelag Scharlachkranker vor Auftreten der sogenannten Himbeerzunge. Diese Beläge wurden zur Emulsion verrieben und niederen Affen teils in die Leistendrüsen injiziert, teils in die Wangenschleimhaut eingerieben. Nach mehrfachen Passagen durch den Tierkörper gelang es, vermittels dieses Materials ein dem Scharlach ähnliches Krankheitsbild bei Affen hervorzurufen. Die Versuche des Verf. sind jedoch noch nicht abgeschlossen. Birk (Kiel).

G. Bernhardt. *Experimentelle Untersuchungen über die Scharlachätiologie.* (II. Mitteilung. A. d. Institut f. Infektionskrankh.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1062.)

P. A. Höfer. *Über intrazelluläre Einschlußkörper bei Skarlatian.* (A. d. Institut f. Infektionskrankh., ebenda, S. 1063.)

In den Mesenteriallymphdrüsen dreier (!) in den ersten Tagen der Erkrankung an Scharlach gestorbener Menschen, einmal auch in der Niere, hat der erste der Verf. intrazelluläre Einschlüsse gefunden.

Aus dem gleichen Institut, völlig unabhängig von dem andern Verf., berichtet der zweite Autor, daß es auch ihm gelungen sei, in den Organen an Scharlach Verstorbener Einschlußkörper gefunden zu haben. In wieviel Fällen, ist nicht angegeben. Birk (Kiel).

Kolmer. *A note on the bacteriologic examination of lymphatic glands in scarlet fever.* (Bemerkung über die bakteriologische Untersuchung der Lymphdrüsen beim Scharlachfieber.) (Amer. Journ. Dis. Children, November 1911.)

Verf. hat nach Untersuchung der Lymphdrüsen von 26 Patienten die Befunde von Vipond (siehe Referat S. 351) nicht bestätigen können. Wachenheim.

Leo Silberstein. *Ein Fall von symmetrischer Hautgangrän bei Scharlach.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV. Bd., S. 350 bis 357.)

Der Fall betraf ein 9jähriges Mädchen, das während der Scharlacherkrankung verschiedene Komplikationen aufwies, wie zeitig einsetzende Gelenkerscheinungen am linken Knie und an den Fingern, eine hämorrhagische Nephritis und 2malige Thrombosen. Am 20. Krankheitstag begann eine Gangrän an beiden Unterschenkeln, die beträchtliche Ausdehnung annahm, aber schließlich doch ausheilte. Von 14 Fällen, die Verf. in der Literatur gefunden, sind nur 4 ohne bleibende Störungen geheilt, bei 5 gelang es nur durch Amputation das Leben zu erhalten und die übrigen erlagen ihrer Erkrankung.
H. Vogt.

Kornel Preisich. *Über Scharlach. Bemerkungen zu Dr. D. Pospischills und Dr. F. Weiß' gleichbetitelter Monographie.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV. Bd., S. 213 bis 221.)

Die kritischen Bemerkungen des Verf. zu der Monographie von Pospischill und Weiß richten sich wesentlich gegen die Theorie des „zweiten Krankseins". Nach dieser Theorie ist z. B. die Nephritis, die sich im Anschlusse an Scharlach entwickelt, von äußeren Einflüssen wesentlich unabhängig. Nach Erfahrung des Verf. kann dagegen irgend eine Schädlichkeit, wie Körperbewegung usw., nach Ablauf des akuten Scharlachstadiums Albuminurie zur Folge haben. Eine zeitliche Gesetzmäßigkeit im Erscheinen der Nephritis existiert nur innerhalb weiter Grenzen; es gibt keinen „fixen Termin" des zweiten Krankseins. Der Fieberverlauf des zweiten Krankseins ist im Gegensatze zu der Ansicht von Pospischill und Weiß ganz atypisch. Was jene dem Genius epidemicus zuschreiben, das sind in der Hauptsache Äußerungen von Mischinfektionen verschiedener Art. H. Vogt.

Hektoen and **Eggers.** *Experimental measles in monkeys.* (Experimentelle Masern bei Affen.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 2. Dezember 1911.)

Wird das Blut von einem Masernkranken im frühen Eruptionsstadium auf Macacus rhesus eingeimpft, so entwickelt das Tier einen leichten Masernanfall. Es bildet sich anfangs eine Leukozytose, die gegen den Krankheitsausbruch in eine Leukopenie übergeht; letztere betrifft aber nicht die Lymphozyten. Nach voller Ausbildung des Ausschlages findet wieder ein Übergang zu Leukozytose statt.

Wachenheim (New York).

M. Klotz. *Zur Therapie der Peritonitis tuberculosa. Über Verhütung des Sonnenerythems durch Zeozonpaste.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 2.)

Im ersten Teil bespricht Verf. die an der Straßburger Kinderklinik übliche Indikationsstellung für die Punktion des Aszites und die Durchführung der Behandlung. Im zweiten Teil empfiehlt Klotz als zuverlässig wirksam bei Sonnenerythem das 7%ige Präparat „Ultrazeozon", und zwar dickes Auftragen der Paste. Keller.

Hermann Wittich. *Versuch einer poliklinischen Tuberkulinbehandlung der kindlichen Skrofulose und Tuberkulose.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV, S. 166 bis 193.)

Die Frage, ob eine Tuberkulinbehandlung der Tuberkulose erlaubt ist und was sie leistet, gehört bei der Dürftigkeit unseres therapeutischen Rüstzeuges gegen diese Erkrankung zu den dringlichen. Dabei stehen die Ansichten der verschiedenen Autoren auf diesem Gebiete vielfach in schroffem Widerspruche zueinander. Um so höhere Ansprüche müssen an jede Arbeit gestellt werden, die einen Fortschritt auf diesem ebenso wichtigen wie schwierigen Gebiete bringen will. Die vorliegende Arbeit wird solchen Ansprüchen nicht gerecht. Die Auswahl der Fälle, die der Behandlung unterworfen wurden, bietet keine Gewähr dafür, daß es sich auch nur in der Mehrzahl der Fälle wirklich um tuberkulöse Erkrankungen gehandelt hat. Das gilt zunächst für die „Kinder mit Skrofulose". Unter den Symptomen, die von diesen aufgezählt werden, ist, von Hauttuberkuliden abgesehen, kein einziges, dessen tuberkulöse Natur sicher feststehend oder auch nur wahrscheinlich wäre. Die zweite Gruppe von Kindern, die zur Behandlung kam, waren solche mit „beginnender Tuberkulose". Die Schwierigkeiten der Diagnose solcher Fälle brauchen hier nicht betont zu werden; jedenfalls gibt das, was Verf. über die Symptome bei den zu dieser Gruppe gerechneten Kindern ausführt, nicht die mindeste Gewähr dafür, daß es sich tatsächlich um beginnende Lungentuberkulose gehandelt hat. Bei solcher Unsicherheit in der Beurteilung des Zustands der Kinder zu Beginn der Behandlung fehlt natürlich auch jede Grundlage zur Einschätzung ihres Erfolges. Was der Verf. in der Zusammenfassung über die Resultate der Behandlung bei seinen Fällen anführt, ist ein trauriges Beispiel für den Tiefstand unserer therapeutischen Literatur. Was

hier als Erfolg der spezifischen Behandlung aufgezählt wird, betrifft fast alle Dinge, die bei jeder Art von Suggestivtherapie in Frage kommen: Hebung des Appetits, Hebung des Allgemeinbefindens, Aufhören der Schmerzen und Stiche in der Brust usw. Wen wundert es da noch, daß sogar unter dem Einflusse der Tuberkulinkur bei Durchfällen normaler Stuhlgang eintritt! Dabei gründet sich das Urteil anscheinend zum guten Teil auf das, was die Mütter auf den mitgegebenen Temperaturkurven über Appetit, Husten usw. eingetragen haben. Ob den Müttern aus der „intelligenten Berliner Bevölkerung" auch bekannt ist, daß jedes gesunde Kind im Schlafe schwitzt und ob sie bei Beantwortung der Frage nach Nachtschweißen auch darauf gebührende Rücksicht genommen haben?

Ich bin auf diese Arbeit ausführlich eingegangen, weil sie sich mit einem besonders wichtigen Gegenstand beschäftigt. Der Verf. resumiert kurz und bündig: „Eine poliklinische Behandlung der Skrofulose und Tuberculosis incipiens der Kinder mit kleinen, langsam steigenden Dosen ist zu empfehlen." Von manchen Seiten wird es gar schon als ein Kunstfehler bezeichnet, wenn man eine Tuberkulinbehandlung unterläßt. Dem stelle ich folgende Sätze entgegen: Die Literatur über Tuberkulinbehandlung enthält soviel kritiklose und wertlose Arbeiten wie wenig andere Kapitel der modernen Medizin. Ein Beweis, daß die Tuberkulinbehandlung im Kindesalter Nützliches leistet, ist bisher nicht erbracht worden. An diesem Urteile vermag auch die Arbeit des Verf. nichts zu ändern.

Schließlich noch eine allgemeine Bemerkung, zu der die vorliegende Arbeit Anlaß gibt. Bei dem allgemein beklagten Anschwellen der Literatur sollte mindestens alles Überflüssige wegbleiben. Dazu gehört die langatmige Auseinandersetzung selbstverständlicher technischer Dinge. Braucht man in einer Abhandlung für Ärzte auseinanderzusetzen, wie eine Pravazspritze mit Alkoholäther gereinigt wird? Es ist doch eigentlich eine beleidigende Einschätzung des Niveaus der Leser, wenn in pädiatrischen Arbeiten die Phosphortitration im Harne oder eine Harnsäurebestimmung usw., Dinge, die jeder Mediziner in vorklinischen Semestern erlernen kann und soll, breit auseinandergesetzt werden. Hier könnten sich die Herausgeber der Zeitschriften durch strengere Zensur ein Verdienst um die Leser erwerben. H. Vogt.

W. H. Park und **Charles Krumwiede jun.** *Die Bedeutung der Tuberkelbazillen vom Typus bovinus und Typus humanus für die verschiedenen Formen der menschlichen Tuberkulose.* (Journ. of med. research., XXV, 1911, 313 bis 333.)

Den Tuberkelbazillen vom Typus bovinus kommt für die Tuberkulose der Erwachsenen nur eine recht geringe Bedeutung zu. Lungentuberkulose, die gewöhnliche Form, in der die Tuberkulose bei Erwachsenen auftritt, wird sehr selten durch die bovine Art der Tuberkelbazillen ausgelöst, und gerade diese Erkrankungsform spielt ja die ausschlaggebende Rolle für die gegenseitige Infektion der Menschen. Eine größere Bedeutung hat der Typus bovinus für das

Kindesalter, denn ein großer Teil der Fälle von Halsdrüsentuberkulose wird durch ihn hervorgerufen. Das gleiche gilt für die Intestinaltuberkulose des Kindesalters. Bei jüngeren Kindern ist die Infektion mit den Bazillen vom Typus bovinus lebensgefährlich, fallen doch $6^1/_3$ bis 10% aller Todesfälle an Tuberkulose in diesem Lebensalter ihr zur Last. H. Vogt.

G. Fiore. (Kinderklinik, Florenz.) *Un caso di tubercoli cerebrali clinicamente ed anatomicamente guariti.* (Ein Fall klinisch und anatomisch genesener Hirntuberkel.) (Kinderklinik, Florenz.) (Riv. di. Clinica Pediatrica, Nr. 11, 1911.)

Diese Beobachtung betrifft ein 5jähriges Mädchen, das mehrere Monate hindurch beinahe ausschließlich in den Streckungsmuskeln der rechten Hand lokalisierte Konvulsionen aufgewiesen hatte. Diese in der Klinik, wo die Kranke beinahe ununterbrochen 19 Monate gelegen hatte, konstatierten Erscheinungen verschwanden nach 17 Monaten durch den infolge miliarer Tuberkulose erfolgten Tod der Patientin.

Autopsie: Miliare Tuberkulose, vorgerückte spezifische Veränderungen im Thorax; ferner zwei zirka erbsengroße Knötchen in der präzentralen linken Gehirnwindung. Das histologische Studium ergab: Tuberkeln in vorgeschrittener, fibröser Umbildung; spärliches nekrobiotisches, keine Bazillen enthaltendes, mit Kalksalzen infiltriertes Granulationsgewebe, das ganz von Bindegewebe durchdrungen war, welches ringsherum einen breiten fibrösen Ring bildete. Eine dichte Zone Neuroglia-Gewebes enthielt die zwei durch das sonst normal erscheinende Nervengewebe völlig isolierten Knötchen.

Der Fall ist sehr selten und Verf. macht darauf aufmerksam, daß derselbe für die Deutung sowohl vorübergehender Syndrome von Gehirntumoren bei Kindern als für genauer bestimmte, aber nicht andauernde Nervenstörungen von einer gewissen Bedeutung sein könnte. Er bemerkt außerdem, daß, da die Heilung auch unter Bildung einer mitunter eiternden gliobindegewebigen Narbe auftreten könne, solche Erscheinungen möglicherweise auch dann nachträglich eintreten könnten, wenn der Tuberkel sich in seiner Tätigkeitsperiode latent erhalten hat, und spricht die Vermutung aus, daß die Heilung kleiner Gehirntuberkel tatsächlich häufiger sei, als gewöhnlich angenommen wird und einer humoralen Selbstkur zu verdanken sei, die durch den besonderen Charakter des lymphatischen Apparats des Gehirns, der zu einer raschen Absorption wenig geeignet ist, nur noch begünstigt werde. Dotti (Florenz).

Engel. *Beiträge zur Tuberkulosediagnostik im Kindesalter.* (Die Intrakutanreaktion.) (A. d. akad. Kinderklinik in Düsseldorf.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1637.)

Verf. empfiehlt die Mantouxsche Methode der intrakutanen Applikation des Tuberkulins zu diagnostischen Zwecken.

Birk (Kiel).

Wilms. *1. Zur diagnostischen und prognostischen Bedeutung der Pirquetschen Reaktion. 2. Die Tuberkulintherapie bei chirurgischer Tuberkulose.* (A. d. chir. Klinik d. Univ. in Heidelberg.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1635.)

Wenn bei einer auf Tuberkulose verdächtigen chirurgischen Affektion Pirquet positiv ist, so kommt es recht selten vor, daß der Prozeß bei mikroskopischer Untersuchung keine Tuberkulose ist. Dagegen läßt der negative Ausfall nicht immer den gleichen sicheren Schluß zu. Die Reaktion fällt nicht bloß bei kachektischen Individuen trotz vorhandener Tuberkulose negativ aus, sondern auch bei den fungösen tuberkulösen Prozessen der Gelenke und des Bauchfells. Die exsudativen Formen der Bauchfelltuberkulose reagieren positiv.

Die Tuberkulintherapie ist für diejenigen Fälle, die einen stark positiven Pirquet zeigen, von keinem großen Vorteil. Wo aber die Reaktion schwach oder gar negativ ausfällt, wie bei den fungösen Formen der kindlichen Tuberkulose, ist sie ein Mittel, das die Heiltendenz des Organismus stark zu fördern imstande ist. Die besten Erfolge der Therapie sieht man da, wo andere Behandlungsarten: Röntgen-, Luft- und diätetische Therapie damit kombiniert werden. „Ich bin überzeugt," schreibt der Autor, „daß im Gegensatze zur heute noch üblichen chirurgischen Therapie die konservative Behandlung der Tuberkulose von Jahr zu Jahr noch an Boden gewinnen wird."

Birk (Kiel).

Béla Alexander. *Syphilis der fötalen Wirbelsäule auf Grund der Untersuchungen mit X-Strahlen.* (Beitr. z. pathol. An. u. z. allg. Pathol., 1912, Bd. 52, S. 224.)

Bei seinen radiologischen Studien konnte Verf. zunächst nachweisen, daß bei der Ossifikation der Wirbelsäule sich ein verschiedenes Verhalten in den Bogen und den Wirbelkörpern nachweisen läßt; in letzterem beginnt sie im 12. Brustwirbel und setzt sich von hier nach oben und unten fort, in ersterem beginnt sie am Atlas. Die Syphilis manifestiert sich durch ihre charakteristische Zeichnung erst dann, wenn die Ossifikation einen gewissen Grad erreicht hat; daher sieht man die typischen Syphilisbilder an den obersten Halswirbeln deutlich ausgeprägt in den Bogenhälften, während sie im Wirbelkörper fehlt, und umgekehrt zeigt ein Sakralwirbel in der Körperossifikation die syphilitischen Veränderungen, während die Bogen davon frei sind. Die Beobachtungen wurden an einem Fötus aus dem 6. bis 7. Monate gewonnen.

Lehndorff (Wien).

Knöpfelmacher und **Schwalbe.** *Hydrocephalus und Lues.* (A. d. Karolinen-Kinderspital in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. III, S. 428.)

Die Diagnose des Hydrocephalus chronic. congenitus ist dann zu stellen, wenn die Vergrößerung des Schädels in früher Zeit nach der Geburt oder schon vor der Geburt aufgetreten ist und wenn die Ver-

größerung einen beträchlichen Grad erreicht. Im letzten Falle bezeichnen die Autoren die Schädelform als Ballonschädel.

In einer früheren Arbeit hatte bereits Knöpfelmacher zusammen mit Lehndorff den Nachweis geführt, daß Hydrozephalus und Lues wenig Beziehungen zueinander haben. In der Zwischenzeit ist jedoch wieder von anderer Seite (Schkarin und Michailoff) die luetische Provenienz des Hydrozephalus betont worden, und so sehen sich die Autoren veranlaßt, neues Material zur Stütze ihrer früheren Behauptung vorzubringen. Sie berichten über 11 Fälle von chronischem Wasserkopf. 4 davon hatten einen typischen Ballonschädel, bei allen diesen war die Wassermannsche Reaktion negativ, sowohl im Blut wie in der Zerebrospinalflüssigkeit. Von den übrigen 7 Kindern waren 3, bei denen es sich möglicherweise auch um kongenitalen Hydrocephalus handelte, die Vergrößerung des Schädels jedoch nicht allzu beträchtlich war. Auch bei ihnen war die Wassermannsche Reaktion negativ. Nur 2 Kinder wiesen positiven Wassermann auf, ein drittes hatte selbst eine negative, seine Mutter dagegen positive Reaktion. In diesem Falle dürfte der Hydrozephalus als „dystrophisches" Symptom aufzufassen sein.

Wenn man die übrigen in der Literatur niedergelegten Fälle mit berücksichtigt, so sprechen auch diese nicht für die luetische Ätiologie des chronischen kongenitalen Wasserkopfes. Aus allem ergibt sich, daß die Lues hereditaria zwar zur Hydrozephalie führen kann, daß diese sich aber in mäßigen Grenzen hält und mit dem eigentlichen Ballonschädel bei chronischem kongenitalen Hydrozephalus nichts zu tun hat. Birk (Kiel.)

Egon Rach. *Zur Kenntnis der luetischen Leptomeningitis beim Säugling.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXV, S. 222 bis 231.)

Bei einem 4 Monate alten Säugling, der bis dahin außer schnüffelnder Atmung keine Zeichen von Lues aufgewiesen hatte, entwickelte sich ein Hydrozephalus und eine Trübung der Lumbalflüssigkeit. Diese war durch Spirochäten hervorgerufen, wie die Untersuchung im Dunkelfeld ergab. Bei der Obduktion des Kindes, das einer schweren Ernährungsstörung erlag, fand sich Hyperämie der weichen Hirnhäute und Exsudatbildung, besonders entlang den Gefäßen. Die infiltrierten Leptomeningen waren durchsetzt von massenhaften Spirochäten. Das Auftreten zahlreicher Spirochäten in der Zerebrospinalflüssigkeit scheint nur bei besonders schweren floriden syphilitischen Prozessen am Zentralnervensystem und seinen Häuten vorzukommen. Im Eiter von Duboisschen Thymusabszessen hat Verf. 2mal Spirochäten gefunden. H. Vogt.

C. T. Noeggerath. *Klinische Beobachtungen bei der Salvarsanbehandlung syphilitischer Säuglinge.* (Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. LXXV, S. 131 bis 165.)

Die Beobachtungen des Verf. erstrecken sich auf 28 Kinder. Von diesen 28 starben 9, doch war es nur bei 2 davon wahrscheinlich, daß das Salvarsan an dem ungünstigen Ausgang mitschuldig war.

Die anfangs geübte intramuskuläre Injektion hat Verf. aufgegeben wegen der unvermeidlichen Schädigungen an der Injektionsstelle. Die Injektion in die Schädelvenen kann technische Schwierigkeiten bieten. Vorzuziehen sind konzentrierte Lösungen. (0·1 Salvarsan wird mit 1 cm³ frisch sterilisierter heißer 0·8%iger Kochsalzlösung versetzt und tropfenweise bis zur klaren Lösung zirka 1 cm³ heißer Normalnatronlauge zugegeben, dann Kochsalzlösung bis zu 2 cm³.) An zeitig auftretenden Nebenerscheinungen wurden beobachtet die sogenannte Hercheimersche Reaktion, Nasenbluten, Anschwellung der Nase, zuweilen mit Gesichtsödem, in 2 Fällen allgemeine Erytheme, einmal plötzliche Anschwellung und Schmerzhaftigkeit des Ellbogengelenks, Erbrechen, schleimige Stühle, subfebrile Temperaturen, Leukozytose mittleren Grades, die bei intravenöser Injektion am gleichen oder am nächsten Tage einsetzte und in unkomplizierten Fällen 8 Tage dauerte. Unter 18 Fällen hatten 7 eine „kritische Periode", die in der Zeit vom 8. bis 19. Tag nach der Injektion begann und 1 bis 7 Wochen dauerte. Sie äußerte sich in Ernährungsstörungen, die von der Art der Ernährung unabhängig zu sein schienen; auch traten allerhand infektiöse Prozesse in dieser Zeit auf. In den 5 Fällen, die mit Injektion konzentrierter Lösung behandelt wurden, fehlte das zweite, kritische Stadium, dagegen waren dabei die Frühreaktionen zuweilen heftiger. Von 19 Überlebenden blieb bei 9 die Wassermannsche Reaktion nicht dauernd negativ, obwohl 2 klinisch symptomfrei waren. Bei 5 Kindern war außerdem während der Beobachtungszeit, die aber nur für 1 Kind mit kombinierter Behandlung länger als 1 Jahr betrug, die Wassermannsche Reaktion negativ und es fehlten sonstige Symptome der Lues. H. Vogt.

Adele Bornstein und **Arthur Bornstein.** (Hamburg.) *Über Salvarsan in der Milch.* (A. d. Krankenhaus St. Georg in Hamburg.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1520.)

Nach Salvarsaninjektionen ist in der Frauenmilch ein Körper nachweisbar, der Arsen an eine Amidobenzolgruppe verkuppelt enthält, der also Salvarsan ist oder dem Salvarsan außerordentlich nahesteht. Von dieser Tatsache ausgehend, versuchten die Autoren durch Verfütterung von Milch einer mit Salvarsan injizierten Ziege die Lues hereditaria beim Kinde zu behandeln. Der Versuch mißlang. Erst als dem Kinde selbst Salvarsan gegeben wurde, heilte das Exanthem ab. Die Ursache des Mißerfolges lag offenbar darin, daß der Salvarsangehalt der Ziegenmilch viel geringer ist, als er es nach entsprechender Verabreichung in der Frauenmilch zu sein pflegt.

Birk (Kiel).

Biermann. *Über syphilitische Erkrankungen des arteriellen Gefäßsystems und einen Fall von Aortitis und Arteriitis obliterans peripherica bei kongenitaler Syphilis.* (A. d. med. Klinik in Heidelberg.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1157.)

Es handelte sich um einen Fall kongenitaler Syphilis, bei dem zwar die meisten sonstigen syphilitischen Erscheinungen angeborener Syphilis fehlten und nur die seltene und auffällige Erkrankung des arteriellen Gefäßsystems im Sinne einer Arteriitis obliterans in Erscheinung trat und außerdem eine (aus dem Röntgenbild diagnostizierte) Miterkrankung der Aorta. Birk (Kiel).

Schulz. *Klinische Erfahrungen mit dem Gonokokken-Vakzin „Arthrigon.* (Bruck.)

Stefanie Rygier. *Über Arthrigonbehandlung der gonorrhoischen Vulvovaginitis kleiner Mädchen.* (A. d. Breslauer Hautklinik.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 2333 und 2335.)

Arthrigon wird hergestellt von der chemischen Fabrik vormals E. Schernig, Charlottenburg.

Der erste der beiden Autoren berichtet über Anwendung bei Erwachsenen, während die zweite 4 Fälle von Vulvovaginitis bei Kindern behandelte, 2 mit vollem Heilerfolge, einen zweifelhaften und 1 Mißerfolg.

Die Injektionen geschahen in steigenden Dosen von 0·25 bis 5·0 g bis zur Gesamtdosis von 27·5 beziehungsweise 17·25 Arthrigon. Die Applikation erfolgte in die Glutäen. Nebenerscheinungen wurden — außer geringen Temperatursteigerungen — nicht beobachtet. Birk (Kiel).

E. Müller (Marburg). *Über die bulbäre Form der epidemischen Kinderlähmung.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 4.)

Müller berichtet hier in kurzen Zügen über seine Erfahrungen bezüglich einer verkappten Erscheinungsform der Heine-Medinschen Krankheit: des bulbären Symptomenkomplexes. Er weist darauf hin, daß oft eine akut einsetzende meist einseitige Fazialislähmung das einzig positive Symptom einer Poliomyelitis sein kann. Wenn es sich um sporadische Fälle handelt, dann wird die Diagnose wohl immer verfehlt werden. Wo die Epidemie aber grassiert, da häufen sich auch die Formen akut infektiöser Bulbärparalyse. Von allen Hirnnerven ist nach Müller der Fazialis am meisten gefährdet: 21 mal unter 165 frischen Poliomyelitiden des Autors. Die Fazialislähmungen kombinieren sich dann oft mit Magenmuskelparesen, auch Hypoglossus, Trigeminus werden befallen, Schluck- und Sprachstörungen treten auf, selbst einseitige Gaumenlähmungen. Zu Interkostalmuskellähmungen gesellt sich endlich die das Drama beendende Phrenikuslähmung.

Die Prognose ist dubiös, aber mitunter ganz unberechenbar. Diagnostische Hilfsmittel sind die im fieberhaften Vorstadium zumeist feststellbare Überempfindlichkeit der Haut und Schweiße. Die Hyperästhesie bei freiem Sensorium ist recht charakteristisch. Hypotonien, Schwächezustände der Extremitäten werden nicht selten übersehen. Anscheinend sind leichte Zeichen, daß das Rückenmark nicht nur in der Bulbärgegend affiziert ist, fast immer zu finden und nach allem, was wir über die Krankheit durch Wickmann

wissen, auch zu erwarten. Eine verschärfte Anzeigepflicht wäre wünschenswert, um möglichst ausgedehnte epidemiologische Erfahrungstatsachen zu sammeln. Klotz.

Eduard Müller. *Die Serodiagnose der epidemischen Kinderlähmung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1105.)

Das Überstehen der Poliomyelitis ant. acuta verleiht dem betroffenen Organismus eine dauernde Immunität gegenüber einer Reinfektion. Diese Immunität läßt an die Existenz entsprechender spezifischer Antikörper im Blute denken. Der Nachweis solcher Antikörper ist zunächst beim Affen gelungen. Ähnlich wie bei der Hundswut haftet das Virus am Zentralnervensystem. Wird es auf Affen intrazerebral verimpft, so erkranken die Tiere an typischer Kinderlähmung. Werden aber gleiche Mengen Virus vorher mit dem Blutserum früher erkrankter und daher immuner Tiere zusammengebracht und dann verimpft, so bleiben die Tiere gesund.

Auch beim Menschen ist der Nachweis von Antikörpern gelungen und damit ist die Möglichkeit einer Serodiagnose der Poliomyelitis gegeben. Durch das benötigte Material von Affen ist diese Diagnostik allerdings eine etwas kostspielige, aber sie gelingt doch, und ist in erster Linie wohl dazu berufen, bei abortiven und sporadischen Fällen die Diagnose sicherzustellen. Birk (Kiel).

E. Mayer. *Die Behandlung der frischen Kinderlähmung durch Ruhigstellung.* (Deutsch. med. Wochenschr., 1911, S. 1107.)

Durch Ruhigstellung läßt sich bei Poliomyelitis die reflektorische Reizung des Rückenmarks verhüten, ferner werden die Blutungen und Leukozytenauswanderungen im Rückenmark günstig beeinflußt und schließlich wird gegen das Entstehen von Schlottergelenken und Kontrakturen angekämpft. Birk (Kiel).

Benno Hahn. *Die Behandlung der Chorea minor durch Salvarsan.* (A. d. Krankenhaus Magdeburg-Sudenburg u. d. med. Univ.-Poliklinik Marburg.) (Deutsche med. Wochenschr., S. 1550.)

Drei Fälle von Chorea minor wurden durch Salvarsan, intravenös, geheilt. In jedem Falle nahmen die motorischen und psychischen Reizerscheinungen der Patienten zunächst nicht zu, dann aber trat schnelle Besserung und Heilung ein.

Die Wirkung des Salvarsans faßt der Autor als Arsenwirkung, das ja von jeher als bewährtes Heilmittel der Chorea bekannt ist, nur daß es in der Form des Salvarsans und bei intravenöser Injektion viel prompter wirkt. Birk (Kiel).

G. Peritz. *Enuresis nocturna und spina bifida occulta (Myelodysplasie).* (A. d. II. med. Klinik in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1256.)

Das Krankheitsbild der Myelodysplasie, deren Hauptsymptom durch die Enuresis dargestellt wird, ist zuerst von Fuchs beschrieben worden. Es gehören dazu noch folgende Symptome: Hypertrichosis

der Kreuzbeingegend, Lipome der Steißbeingegend, Asymmetrien der Rima ani, häufiges Vorkommen der Fovea coccygea, fistelartige Einziehungen der Sakro-kokzygealgegend (63%), an den Füßen Syndaktylie und Hohlfußbildung oder Plattfüße, Störung der Wärmeempfindung an den Zehen, Fehlen der Sehnenphänomene an den unteren Extremitäten und — als hauptsächlichstes Symptom — Spina bifida occulta.

Der Verf. konnte diese Angaben zu einem gewissen Teil bestätigen. Auch er fand als häufigstes Symptom neben der Enuresis die Spina bifida occulta, die übrigens röntgenologisch leicht zu sehen ist in Gestalt eines breiten offenen Kanals, der sich über das ganze Kreuzbein erstreckt. Diese Myelodisplasie muß man in all denjenigen Fällen als vorliegend erachten, in denen die Enuresis die Pubertät überdauert oder in denen sie erst im 6. bis 7. Jahre und später beginnt. Als Behandlung empfiehlt der Verf. die Cathelinsche Methode der epiduralen Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung mit 0·5%igem Novokain, 10, 20 bis 25 cm³ auf einmal injiziert, eventuell wiederholt. Die Heilung erfolgt in 20 bis 25% der Fälle.

Birk (Kiel).

C. Cattaneo. *Le neurosi del tubo digerente nella infanzia.* (Die Neurosen des Verdauungskanals im Kindesalter.) (Rassegna di Pediatria, VIII, 1911.)

Verf. bringt einen persönlichen Beitrag von 11 Fällen der gewöhnlichsten Formen von Pylorospasmus bei Säuglingen und von Enterospasmus bei älteren Kindern und ferner die selteneren von Ösophagismus und Stuhlinkontinenz. Oft sind solche Neurosen nur der sichtbare Ausdruck einer allgemeinen, im Verdauungskanal lokalisierten Neurose, woraus sie auch verschwinden kann, um andere Organsysteme aufzusuchen; häufig sind tatsächlich die Stygmata der Hysterie vorhanden. Häufig besteht auch gleichzeitig Darmptosis, besonders gastrischer Natur. Nicht selten ist auch eine besondere Form, bei der das Abdomen eine 2-, 3-, 5mal so große Länge aufweist, als der Thorax: der oberhalb des Nabels liegende Teil übertrifft den unteren Teil. Meistens treten analoge oder heterologe hereditäre Erscheinungen hervor. Nicht unwahrscheinlich ist in der Ätiologie eine verminderte (oder degenerierte) Funktionsfähigkeit innerer Drüsen. Die den Ausbruch der Neurose bedingende gelegentliche Ursache kann psychischer (Gemütserregung, Furcht) oder physisch-chemischer Natur sein, welch letztere bei Kindern häufig in Diätfehlern, Verdauungsstörungen, Magendarmintoxikationen, unvollkommener Assimilation usw. zu erblicken ist.

Dotti (Florenz).

Councilman and **Dunn.** *Myatonia congenita.* (Amer. Journ. Dis. Children, November 1911.)

Verff. berichten über einen Fall mit Sektion. Zu der Beschreibung von Oppenheim kann noch nichts zugefügt werden; in bezug auf Ätiologie und Pathologie sind wir noch immer im un-

klaren. Die Literatur und Kasuistik ist in dieser Mitteilung recht vollständig wiedergegeben. Wachenheim.

Finkbeiner (Schönenberg, Thurgau). *Neandertalmerkmale bei Kretinen.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. III, S. 501.)

Unter den zahlreichen Erklärungsversuchen über die Entstehung des Kretinismus gibt es bekanntlich keine einzige, die sich einer wirklich ungeteilten Anerkennung erfreute. Das gilt sowohl von der Kropftheorie Kochers, wie von der Trinkwassertheorie, der Infektionstheorie und den verschiedenen anderen. Auffallend ist, daß alle Gegenden, in denen Kropf und Kretinismus endemisch herrschen, auch Fundstellen des Neandertalmenschen sind: Neandertal, Mannheim, Heidelberg, Spy, Krapina, Clermont usw. Dem Kretinen sind außerdem typische Knochenwachstumsstörungen eigentümlich und diese finden ihr Analogon wieder in entsprechenden Veränderungen beim Neandertalmenschen. Beide, Neandertaler und Kretin, zeigen folgende Übereinstimmungen: Radiuskrümmung, gleiches Kniegelenk, Humerus varus, Coxa vara, Prognathie, Mikrozephalie, Zwergwuchs und geographische Verbreitung. Daraus ergit sich die Folgerung, die Erscheinungen des Kretinismus als atavistische Veränderungen aufzufassen. Zu solchen Rückschlägen in die Rasseeigentümlichkeiten vorausgegangener Generationen ist da am meisten Gelegenheit gegeben, wo in abgelegenen Gebirgs- und Bauerngegenden immer die gleichen Familien unter sich heiraten.

Die Idee, der der Verf. hiermit neues Leben gibt, daß nämlich die Kretinen Überreste einer älteren Rasse seien, ist früheren Schriftstellern keineswegs fremd gewesen, sie ist jedoch später zugunsten der Kropftheorie ganz aufgegeben worden. Birk (Kiel).

G. Fiore. (Kinderklinik, Florenz.) *La sintomatologia del tumore cerebellare nei bambini.* (Kinderklinik, Florenz.) (Die Symptomatologie des zerebellaren Tumors bei Kindern.) (Riv. Sperimentale di freniatria. 1911, Fasc. I., II. e III.)

I. Teil: Die meningitischen Syndrome in der Endperiode des zerebellaren Tuberkels. Verf. berichtet und erörtert einige sehr schlagende Fälle und schließt dann nach einer kritischen Untersuchung der wichtigsten Symptome, daß mit der Behauptung des Nebeneinanderbestehens von enzephalischen Tuberkeln und tuberkulöser Meningitis mit großer Vorsicht vorzugehen sei und hauptsächlich die lange vor Auftreten des Meningitisverlaufs erschienenen Symptome des endokraniellen Tumors zu berücksichtigen seien; bei Diagnose einer Meningitis bei einem auf Zerebellartuberkel verdächtigen Kinde müssen wir aber noch vorsichtiger vorgehen und abwarten, bis die Symptomatologie zu ihrer größten Vollständigkeit herangereift ist, bis uns nämlich die Untersuchung des Augenhintergrunds durch Nachweis vorgeschrittener Veränderungen der Papillen das Vorhandensein eines endokraniellen Tumors enthüllt und uns die Lumbalpunktion ihre beinahe unfehlbaren Zeichen der Entwicklung eines meningitischen Prozesses gibt.

II. Teil: Die Symptomatologie des Zerebellartumors. Verf. unterscheidet 3 Kategorien von Symptomen, die er in 3 verschiedenen Kapiteln behandelt.

1. Kapitel: Allgemeine Symptome. 1. Kopfschmerz. Ist gewöhnlich frühzeitig, gelegentlich, heftig, oft periodisch. Meistens verschwindet Kopfschmerz mit Fortschreiten der Krankheit. Verf. stellt die differentiellen Charaktereigenschaften fest, die ihn von Kopfschmerz infolge von Malaria und Epilepsie sowie von Migräne unterscheiden. Häufiger frontal als okzipital. 2. Erbrechen. Obwohl in den meisten Fällen vorhanden, kann es sich frühzeitig und nur im Niedergange der Krankheit zeigen; meistens kein dauerndes Symptom. 3. Stauungspapille. Beinahe konstant, gewöhnlich beiderseitig, Vorhandensein und Vorwiegen auf einer Seite, steht zur Seite, auf der sich der Tumor befindet in keinerlei Beziehung. 4. Schwindel. Im Kindesalter kein konstantes, gewöhnlich wenig akzentuiertes Symptom, meist frühzeitig und mit dem Aufrechtstehen und Gehen in Zusammenhang. 5. Psychische Störungen. Verf. beobachtete dieselben bei mehr als 50% der Fälle und auch am Anfange des Verlaufs. Sucht deren Natur auf Grund eigener Beobachtungen sowie der anderer Autoren festzustellen; und glaubt, auch auf Grund experimenteller Tatsachen annehmen zu dürfen, daß jene teilweise direkt der zerebellaren Läsion zuzuschreiben seien. Er erinnert schließlich, wie bei Fällen von Tuberkel auch auf die Wirkung der Tuberkelintoxikation auf die Psychose des Patienten Rücksicht zu nehmen sei. 6. Form- und Volumenveränderungen des Schädels und 7. Veränderungen des Perkussionsschalles im Schädel. Können beide der Diagnose sehr nützlich sein.

2. Kapitel: Zerebellare Symptome. Verf. setzt hier vor allem kurz, aber vollständig die Haupterrungenschaften der Physiologie bezüglich des Kleinhirns auseinander und untersucht dann in experimenteller und klinischer Hinsicht jede einzelne neuromuskuläre Erscheinung und setzt schließlich den klinischen Begriff und die Bedeutung der zerebellaren Ataxie fest.

1. Asthenie. Ein sehr wichtiges Symptom für die allgemeine Diagnose des Zerebellartumors. Hemiasthenie deutet beinahe stets die Seite des Tumors an, ist jedoch nicht immer vorhanden, selbst nicht bei ausgesprochener Ataxie. Kann nur bei aufrechter Stellung und beim Gehen oder nach mäßiger Anstrengung, zuweilen jedoch auch plötzlich auftreten und zunehmen. 2. Atonie, Hypertonie, tonischer Spasmus. Viele Kliniker stellen die Atonie deshalb in Abrede, da sie nur relativ selten bei Kleinhirnerkrankungen auftrete. Die neuesten experimentellen Studien haben jedoch dargetan, daß die Erregung eines zerebellaren motorischen Punktes eine tonische Kontraktion hervorrufe, die jedoch mehr in einer neuen Stellung als in einer wirklichen Bewegung bestehe. Da der Tumor nicht nur eine zerstörende, sondern auch eine reizende Wirkung ausübt, so ist es unlogisch, von ihm stets Atonie zu erwarten; er kann nur Störungen des Muskeltonus bewirken, häufig im Sinne der Abschwächung, meist aber im Sinne einer Erregung. Die Atonie ist meist auf die unteren

Gliedmaßen beschränkt, kann beim Aufrechtstehen sowie beim Gehen auftreten; es ist eine nur vorübergehende Erscheinung, die gewöhnlich in der mittleren Periode des Leidens auftritt und dann in Hypertonie übergeht. Verf. teilt die Erscheinungen der Hypertonie in einzelne Gruppen und unterscheidet 3 Hauptformen: Retraktion des Hauptes, Opisthotonus, Spasmus, zuerst bei Streckung und dann bei Beugung der Gliedmaßen. Diese tonischen Spasmen hindern die spontane Bewegung nicht völlig und sind nach Verf. größtenteils der direkten zerebellaren Erregung zu verdanken; sie entsprechen nicht immer der Seite der Geschwulst. 3. Astasie. Unter diesem Namen faßt Verf. die primäre Instabilität der aufrechten Stellung sowie die beim Gehen zusammen: Zittern, nicht koordinierte Bewegungen, Schwierigkeiten in der klaren Aussprache, die nicht paretischen Faktoren zuzuschreiben sind. Astasieerscheinungen wiegen meistens bei aufrechter Stellung und beim Gehen vor. Verf. sah sie aber nicht selten auch bei sitzender Stellung; sind sie vorwiegend auf einer Seite vorhanden, so ist das die Seite des Tumors. 4. Ataxie. Kranke, die an Tumor des Kleinhirns leiden, können eminent ataktisch sein, während sie kaum oder gar nicht asthenisch oder atonisch sind, nur zuweilen ein wenig astatisch. Experimentelle und klinische Untersuchungen geben jedoch der berechtigten Vermutung Raum, daß sich Asthenie, Ataxie und Atonie nur bei aufrechter Stellung und beim Gehen zeigen können. Da jene notwendigen Schwingungen des Hauptes und des Rumpfes, mit denen wir die fortwährenden Verschiebungen des Gleichgewichtszentrums kompensieren und beim Gehen vollkommenes Gleichgewicht erhalten, jetzt unmöglich werden, so muß der am Kleinhirn Erkrankte zu einer Menge abnormer Bewegungen und Kompensationsstellungen seine Zuflucht nehmen, was dem Gange des zerebellaren Ataktikers einen ganz besonderen Charakter verleiht. Das Bild wird dann noch durch Erscheinungen vervollständigt, die direkt von den Störungen des Muskeltonus, von Asthenie und Astasie abhängen, wie Dysmetrie der Bewegungen, leichte Beugungen eines Gliedes, Zittern usw. Auf Grund der Literatur und der eigenen Fälle sagt Verf., daß bei $^1/_3$ der Fälle von zerebellarem Tumor bei den Kindern ataktischer Gang konstatiert wird; die höchste Frequenz wird bei Läsion des Mittellappens beobachtet. Meistens ist es kein frühzeitiges Symptom. Man kann zerebellare Ataxie bei chronischem, innerem Hydrozephalus oder bei intrakraniellen extrazerebellaren Tumoren haben; Verf. unterscheidet und bespricht diese verschiedenen Möglichkeiten.

Kapitel 3. Nachbarsymptome. 1. Konvulsionen. Neben allgemeinen und partiellen Epilepsieanfällen können wir beim Zerebellartumor absolut tonische Konvulsionsanfälle haben, entweder einseitig auf der Seite des Tumors oder auch auf der andern. Auf Grund klinischer und experimenteller Tatsachen schreibt Verf. dem Kleinhirn bei solchen Anfällen den Hauptanteil zu; es verleiht denselben einen besonderen, den Verdacht der Läsion erregenden Charakter. 2. Lähmung der Gliedmaßen und einiger Schädelnerven. Selten ist Paresis des motorischen und sensorischen Nervs

und des Hypoglossus; häufig jedoch die Beteiligung des Fazialis, meist auf der Tumorseite. Was die Extremitäten im allgemeinen anbetrifft, sind die der Tumorseite entgegengesetzten beteiligt. 3. Störungen der Augenmuskeln. Assoziierte Augen- und Kopfablenkung bieten nichts Charakteristisches. Sehr häufig ist Nystagmus, der einseitig sein kann. 4. Allgemeine und spezifische Sensibilität. Sehr selten verändert, mit Ausnahme des Gesichtssinns, der häufig durch optische Neuritis angegriffen ist. Muskelsinn intakt. 5. Reflexe. Patellarreflex in den meisten Fällen normal oder sehr ausgesprochen, obwohl auch Muskelhypotonie vorhanden sein kann, die in einigen Fällen fehlt. Verf. bespricht diese Verschiedenheit des Verhaltens der Sehnenreflexe und betont besonders die Möglichkeit einer allgemeinen Intoxikation des Organismus, insbesondere bei Tuberkeln sowie auch die einer gleichzeitigen Läsion der zerebrospinalen Hemmungswege, die auch daraus hervorgeht, daß meist bei zerebellaren Tumoren zwischen oberflächlichen und tiefen Reflexen ein Antagonismus besteht. 6. Vasomotorische Störungen. Ziemlich häufig. 7. Puls, Atmung, Temperatur. Puls und Atmung weisen gewöhnlich keine augenscheinlichen Veränderungen auf, ausgenommen in der Schlußperiode. Interessant sind jedoch einige akzidentelle Veränderungen der Pulsfrequenz durch Druck auf den Bulbus infolge plötzlicher Zunahme des Volumens des Tumors. Verf. bringt hier eigene Beobachtungen sowie die anderer Autoren, fügt experimentelle Daten hinzu und kommt zum Schlusse, daß bei Kompression des Bulbus ein scheinbarer Unterschied zwischen dem Verhalten des Pulses und dem der Atmung stattfinden könne, der von den verschiedenen Graden der Erregbarkeit und Erschöpfung der betreffenden Zentren abhänge. Was die Temperatur anbetrifft, so ist ein Fall mit andauernder Hypothermie interessant.

Dotti (Florenz).

G. Fiore. (Kinderklinik, Florenz.) *Un importante caso di ascesso cerebrale traumatico.* (Ein wichtiger Fall eines traumatischen zerebellären Abszesses.) (Kinderklinik, Florenz.) (Clin. Med. Italiana, 1911, Nr. 2.)

Bei einem 7jährigen Knaben erzeugte ein Steinwurf in der rechten Okzipitalgegend eine kleine Verwundung der behaarten Haut, welche vereiterte und dann infolge geeigneter Behandlung vernarbte. Zirka einen Monat nach dem Trauma wurde jedoch das Kind von Kopfschmerz befallen; Temperatur stieg rasch auf 39·9, um dann subfebril zu werden, mit intermittierendem Charakter und ausgesprochener Tendenz zu Hypothermie. Nach Aufnahme in die Klinik zeigten sich eine Reihe konstanter Symptome; leichte Paresis des Fazialis besonders im unteren Ast und im rechtsseitigen Abduzens; mäßige beiderseitige Ptosis; beim Gehen eine leichte Störung des linken Beines mit gesteigerten Haut- und Sehnenreflexen auf dieser Seite; ausgesprochene linksseitige Hemiopie. Eine weitere Gruppe von Erscheinungen (spärlicher, unregelmäßiger Puls, Kopfschmerz, Erbrechen, Stauungspapille, geistige Benommenheit und Schläfrigkeit,

Dissoziation der Bewegungen der Augäpfel, Strabismus divergens, Mydriasis) wiesen auf eine bedeutende progressive Zunahme des äußeren Schädeldrucks hin; Lumbalpunktion ergab tatsächlich 25 mm Hg und bewirkte durch Austreten der leicht entzündliche Merkmale aufweisenden Flüssigkeit wiederum Abnahme und gleichzeitiges Verschwinden vieler oben erwähnter Erscheinungen. Zwei weitere interessante Beobachtungen waren: eine durch methodische Thermometeruntersuchungen nachgewiesene empfindliche Zunahme der lokalen Temperatur in der rechten Okzipitalgegend, ein sichtbarer Einfluß der Kopflage auf den Puls, der deutlich schwächer wurde, sobald man den auf dem Rücken liegenden Patienten das Haupt nach links rotieren ließ, so daß der okzipitalfrontale Durchmesser beinahe horizontal zu stehen kam.

Verf. erörtert die wichtigsten Symptome, die direkte und Differentialdiagnose, und nimmt einen operierbaren thraumatischen Abszeß von mittlerem Volumen und der Dicke des linken Okzipitallappens an. Operation bestätigt Diagnose völlig, Exitus infolge eitriger Meningitis. Verf. hebt hervor, wie dieser Fall die Tatsache bestätige, daß zerebellarer Abszeß auf solche anscheinend leichte Kopftraumen folgen kann, die gar nicht oder in nur in geringem Maße zu Knochenläsionen führten, jedoch zu eitrigen Verwundungen der behaarten Haut Anlaß gaben; und wie dieser Fall beweise, daß der Abszeß plötzlich klinisch unter Erscheinungen von Gehirndruck und vorübergehender, jedoch ausgesprochener Hyperthermie auftreten könne. Nach Verf. ist auch unter den zur Erklärung des Temperaturgangs im Abszeß herangezogenen Faktoren vor allem auf die Störung des Gleichgewichts in den thermischen Funktionen des Gehirns ein großes Gewicht zu legen. Verf. macht auf die lokale Thermometrie des Schädels aufmerksam, die der Diagnose sehr nützliche Daten liefern könne, und betont die, wenn auch vorübergehende, doch sehr wohltätige Wirkung der Lumbalpunktion auf den zerebellaren Abszeß, wenn dieser nicht von Komplikationen begleitet ist. Wichtig ist es auch, daß in diesem Falle weder eine auf einen eitrigen parenchymalen Herd hinweisende Veränderung (Leukozytose, Eiterzellen) noch Albuminurie konstatiert wurde. Dotti (Florenz).

Roman. (Inst. Weichselbaum.) *Zur Kenntnis der primären Tumoren des Knochenmarks.* (Beitr. z. pathol. An. u. z. allg. Pathol., 1912, Bd. 52, S. 385.)

2 Kinder (2 und 3 Jahre) zeigten klinisch zunehmende Anämie und Kachexie, universelle Lymphdrüsenschwellung, Tumoren, besonders am Schädeldache, dabei in bezug auf die Leukozyten ein normales Blutbild. Bei der Obduktion fanden sich multiple, primäre maligne Tumoren des ganzen Knochensystems, sowohl myelogen als periostal, Metastasen in die Lymphdrüsen, Leber und Nebennieren. Die histologische Untersuchung ergab ihren Ausgangspunkt vom Markgewebe und im Gegensatze zu den echten Myelomen erwiesen sie sich als Geschwülste mit mangelhafter Gewebsreife, also als Sarkome. Verf. schlägt den Namen myeloplastisches Sarkom" vor.

Interessant ist, daß von den 4 in der Literatur vorliegenden Fällen 3 Kinder betrafen. (Fall Marchand, Dittrich, M. B. Schmidt.)
Lehndorff (Wien).

Gümbel. *Nierenaushülsung bei Urämie.* (A. d. Krüppelheim in Zwickau.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 594.)

Bericht über eine bei Urämie mit Erfolg ausgeführte Nierendekapsulation bei einem 6jährigen Kind. Die urämischen Symptome schwanden sofort nach der Operation, die nephritischen Erscheinungen besserten sich. Eine Heilung der Nephritis trat natürlich nicht ein. Immerhin kann die Nierendekapsulation bei Versagen der internen Therapie empfohlen werden. Birk (Kiel).

Huber. *Drainage tube in pleural cavity. Removed with aid of fluoroscopic screen.* (Drainagerohr in der Pleurahöhle mit Hilfe der Fluoroskopie entfernt.) (Arch. of Pediatrics, Dezember 1911.)

Bei diesem Falle war das nicht allzu seltene Entschlüpfen des Drainagerohres vorgekommen; die Fluoroskopie hat hier außerordentlichen Wert, um dasselbe mittels Zange zu entfernen.
Wachenheim.

Fürsorge.

Pfaundler (München). *Hungernde Kinder?* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 5.)

Verf. polemisiert in breit angelegten Ausführungen gegen die Oppenheim-Landauersche These, daß die Mehrzahl der Münchener Vorstadtschulkinder Hunger leidet. Es wäre erfreulich, wenn Pfaundler seine Publikation in unserer engeren Fachpresse zum Abdruck bringen würde. Dort würde sie einen dankbareren Leserkreis finden, ganz abgesehen von der unvorteilhaften äußeren Form, in der sie sich in der Münchener medizinischen Wochenschrift präsentiert. Klotz.

M. Hohlfeld. *Die Aussichten der Säuglingsfürsorge.* (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1641.)

Der Einfluß der Beratungsstunden für Mütter ist ein ganz negativer. Denn sie werden vom Publikum nur in mangelhafter Weise ausgenutzt. Ein genügender Besuch wird erst dann erzielt, wenn auch „Stillprämien" verteilt werden. Indessen tun es die Prämien allein auch nicht, denn dann hätte sich ein Einfluß auf die Stillhäufigkeit zeigen müssen. Birk (Kiel).

Brüning (Rostock). *Über Ausstellungen für Säuglingsfürsorge.* (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1642.)

Praktische Ratschläge des Autors auf Grund seiner Erfahrungen bei der Mecklenburgischen Landes- und Gewerbeausstellung in Schwerin. Birk (Kiel).

Kerley. *The training of nursery maids in the United States.* Die Erziehung von Kindermädchen in Amerika.) (New York Med. Journ., 9. Dezember 1911.)

Schon seit mehr als 20 Jahren ist hier die spezielle Erziehung von Kindermädchen an gewissen Kinderhospitälern im Gange. Der Unterricht umfaßt die allgemeine Hygiene des Zimmers, die Kinderpflege im allgemeinen, die künstliche Ernährung der Säuglinge, die Grundzüge der Krankenpflege und eine Grundlage des Kindergartenwesens. Der Kursus dauert ein Jahr; nach Absolvierung desselben bekommen diese Mädchen leicht Stellen zu 100 bis 200 M. pro Monat, während das Gehalt ungeübter Mädchen gewöhnlich 60 bis 100 M. (ein unverhältnismäßig hoher Lohn) beträgt. Es bildet dieses Fach einen besonders günstigen Erwerbszweig für die Mädchen der Arbeiterklasse; allerdings können bloß gut situierte Familien den hohen Lohn bestreiten; doch nimmt ihre Zahl stetig zu.

Wachenheim.

Berichte.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Bericht, erstattet von **L. F. Meyer.**

Sitzung vom 11. Dezember 1911.

Vor der Tagesordnung:

Heubner macht von einem Berichte der Medizinalabteilung im Ministerium über die Ausdehnung der Poliomyelitis Mitteilung. Seit dem Oktober 1910 wurden in Groß-Berlin 18 Fälle von Poliomyelitis angezeigt. Aus der Statistik geht hervor, daß man noch immer von einem gehäuften Auftreten sprechen muß.

1. **Silberstein:** *„Ein Fall von symmetrischer Hautgangrän bei Scharlach".*

In den ersten Tagen der Scharlacherkrankung eines 9jährigen Patienten stellte sich unter Temperatursteigerung Scharlachrheumatismus im linken Kniegelenke und in den Fingergelenken ein, dessen Verlauf bis Ende der 3. Woche der übliche war. Dann traten Angst- und Erregungszustände, erneutes Fieber hinzu und es zeigte sich an der rechten Wade ein blauroter Fleck von Talergröße. Schon am nächsten Tage sah man an beiden Unterschenkeln symmetrisch von vorn um die Waden sich schlängelnde, etwa 6 cm breite, dunkel bis schwarzblau gefärbte Bänder, umgeben von Petechien; die Waden waren hart, geschwollen, druckempfindlich. Bei jeder Bewegung der Beine hatte das Kind sehr starke Schmerzen. Ferner setzte eine hämorrhagische Nephritis ein. Die blauen Hautstellen, die der Schätzung nach zwei Drittel der Unterschenkel einnahmen und sich gegen die Nachbarschaft genau markierten, waren am 3. Krankheitstage überall mit kleinen Blasen bedeckt. Allmählich bildeten sich größere blauverfärbte Blasen; Fußrücken und Oberschenkel, am 5. Krankheitstage sogar auch die Symphysengegend wurden ödematös, fühlten sich hart an und waren druckempfindlich. Später nahm die Schwellung etwas

ab, die blauroten Partien nahmen hellere Farbe an, der blutig-seröse Inhalt einiger Blasen war in den Verbandstoffen. Das Allgemeinbefinden besserte sich. Am 11. Krankheitstage sah man nach abgelöster Epidermis beiderseits an den Waden tiefschwarz verfärbte handflächengroße Partien, die einer tieferen Nekrose entsprachen. Am 12. Krankheitstage entstand am rechten Oberschenkel eine Thrombose, deren Symptome: bläuliche Verfärbung, Schwellung und Schmerzen, sich schnell besserten. Am 14. Krankheitstage waren die etwa 20 cm langen und im Umfange etwa 18 cm messende brandigen Stellen teilweise aufgebrochen. Unter starker Sekretion zerfielen die schwarzen mumifizierten Partien und hingen als große Fetzen an den Waden herab. Es trat immer mehr leicht blutendes Granulationsgewebe hervor. Man konnte jetzt mit Bestimmtheit erkennen, daß die Gangrän nur die Kutis und an einigen Stellen oberflächlich die Muskulatur ergriffen hatte. Anfangs der 4. Woche war die Nephritis geheilt, anfangs der 5. Woche war der linke Unterschenkel von gangränösen Stellen völlig frei. Mitte der 6. Woche setzte wiederum am rechten Oberschenkel eine Thrombose ein, die gleichfalls sich schnell besserte. Noch nach ½ Jahre waren an beiden Waden markstückgroße Granulationsflächen, die 3 Wochen später völlig geheilt waren.

Diskussion: Cassel, der den Fall gesehen hat, hielt bei der schweren Alteration des Allgemeinbefindens die Prognose für infaust und ist von dem glücklichen Ausgang des schweren Falles angenehm überrascht.

Heubner: Der Verlauf der vorgestellten Erkrankung verdient großes Interesse, der vor einigen Jahren beobachtete Fall war nicht symmetrisch aber multipel hämorrhagisch erkrankt. Gangränös wurde nur eine Stelle, deren Bild das nämliche war, wie es von S. geschildert wurde.

2. **Bendix.** *a*) *„Barlowsche Krankheit"*.

Vorstellung eines Falles, der den gesamten Symptomenkomplex der vollentwickelten Erkrankung bot, unter Mitbeteiligung des gesamten Kopfknochensystems, insbesondere — was selten — des Schläfenbeins, des Processus zygomaticus, des Jochbeins, des Oberkiefers und Unterkiefers. Ätiologisch ist als interessant hervorzuheben, daß 4 Monate lang einseitige Ernährung mit Mehlabkochung stattfand. Schnelle Besserung nach 7tägiger Ernährung mit roher Milch. Als besonders bemerkenswert muß die Aufhaltung des Heilungsprozesses und das Auftreten einer neuen Nierenblutung durch das Einschieben einer 6tägigen Mehlperiode hervorgehoben werden.

Diskussion: Fränkel berichtet von einer Barlowerkrankung, die sich ebenfalls u. a. in einer Auftreibung am linken Os parietale zeigte.

Heubner weist auf die Bedeutung der Rezidivauslösung durch die erneuete Mehlernährung hin. Auf Grund seiner Erfahrung glaubt er allerdings, daß zum Zustandekommen einer Barlowerkrankung zu der alimentären Noxe noch ein unbekanntes X in der Konstitution des Kindes kommen müsse.

b) *„Apparat zur Rektalinstillation bei Säuglingen"*.

Der Apparat besteht aus einem Maßzylinder mit abführendem Schlauche, der an seinem unteren Ende eine regulierbare Tropfvorrichtung trägt, an die sich der in das Rektum einzuführende Nelatonkatheter anschließt. Da der abfließende Tropfen, auf seinem langen Wege vom Zylinder bis in den Darm stets abgekühlt wird, hat B. gleich hinter der Tropfvorrichtung einen Thermophorzylinder eingeschoben. Die Erwärmung des Tropfens wird deshalb für wichtig gehalten, weil sicherlich ein Teil der Schwierigkeiten, die sich bei der Rektalinstillation durch den Reiz auf den unteren Darmabschnitt

ergeben (Durchfälle, Intertrigo, Herauspressen des Schlauches, Abfließen der instillierten Flüssigkeit geraume Zeit nach der Instillation), auf die Kältewirkung zurückzuführen sind. Indikation der Rektalinstillation sind starke Wasserverluste, insbesondere Diarrhöen, habituelles und unstillbares Erbrechen, Pylorospasmus. Die zur Instillation verwendeten Flüssigkeiten waren Kochsalzlösungen und Milch, insbesondere Frauenmilch.

Diskussion: Noeggerath ist im allgemeinen mit der alten Methode der Instillation zufrieden.

Bahrdt empfiehlt der besseren Resorption wegen die Instillation hypotonischer Lösungen. Er glaubt, daß eine besondere Erwärmung nicht nötig ist, weil die Flüssigkeit bei tropfenweiser Instillation nach den Untersuchungen von Martin und Brünings schon im Katheterrohr Körpertemperatur annimmt.

Finkelstein hat mit seiner einfachen Methode der Rektalinstillation im ganzen gute Resultate gehabt, wenn auch zuweilen der Katheter herausgepreßt wurde und häufigere Stühle eintraten. Er pflegt nur kurze Zeit einzutropfen, zweimal täglich 1 bis 1 ½ Stunden. Auf diese Weise können jeweils bis zu 150 g einverleibt werden. Ganz dünne Katheter werden besser ertragen als stärkere. Die Erwärmung der einzutropfenden Flüssigkeit kann einfacherweise durch einen in den Irrigator gestellten Bierwärmer und durch Leitung des Schlauches über zwei Wärmekruken geschehen.

Oberwarth empfiehlt ebenfalls die Verwendung hypotonischer Lösung (gleiche Teile Ringersche Lösung und Wasser). Kontraindikation für die Anwendung der Methode ist jede krankhafte Darmreizung. O. weist auf die Notwendigkeit genauer Beobachtung während der Instillation hin, da er einen Fall erlebt hat, in dem der Schlauch abglitt und der heiße Irrigatorinhalt das Kind verbrühte.

Bendix (Schlußwort) betont, daß er mit der bekannten einfachen Methode früher keineswegs mit schlechtem Erfolge gearbeitet hat; der von ihm empfohlene handliche Apparat scheint ihm indes den Zweck besser zu erreichen.

Tagesordnung.

Sommerfeld: *„Zur Infektionsdauer von Diphtherie"*.

Untersuchungen über die Häufigkeit der Diphtheriebazillenträger und über Bazillenpersistenz bei Kindern und deren Angehörigen an dem Material des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Krankenhauses zu Berlin.

Die Gefährlichkeit der Bazillenträger ist bekannt.

Bei der Prüfung von 368 gesunden, nachweislich seit langem nicht an Diphtherie oder „Halsentzündung" erkrankt gewesenen Kindern fanden sich 8 Bazillenträger. Diese lagen schon längere Zeit auf den Abteilungen für nicht infektiöse Kranke: eine Weiterverbreitung der Bazillen oder eine Erkrankung an Diphtherie wurde nicht beobachtet, wahrscheinlich handelte es sich um Dauerausscheider.

Der Befund spricht nicht etwa für die seinerzeit behauptete Ubiquität der Diphtheriebazillen. Bazillenträger finden sich sonst nur in der Umgebung von Diphtheriekranken. Als in einem Saale der chirurgischen Abteilung vor einiger Zeit ein Kind an Diphtherie erkrankte, fand man schon 24 Stunden nachher bei 5 von 23 Kindern die Bazillen. Ein Teil der auf der Diphtherieabteilung behandelten Kinder muß nach klinischer Heilung aus Mangel an Platz und vor allem wegen der den Eltern erwachsenden hohen Kosten mit Bazillen entlassen werden. Von Kindern, die sämtlich länger als 14 Tage auf der Abteilung gelegen hatten, waren bei der Entlassung noch 22% Bazillenträger. Aber auch 50% der Angehörigen hatten am Entlassungstage ihrer Kinder selbst Bazillen und 19mal wurde zwar das geheilte

Kind ohne Bazillen entlassen, aber eines der abholenden Familienmitglieder hatte Bazillen; letztere in einzelnen Fällen noch nach 3 Monaten. Es hat also wenig Zweck, die Patienten bis zur Bazillenfreiheit zu isolieren, wenn man nicht verhindern kann, daß sie zu Hause in ein Milieu von Bazillenträgern kommen.

Auf Grund praktischer Erfahrungen, die durch diese Untersuchungen eine feste experimentelle Stütze erfahren, ist folgende Anordnung für die Entlassung der Patienten aus der Diphtherieabteilung getroffen.

1. Kinder, welche als klinisch geheilt anzusehen, gekräftigt und erholt sind, werden zu ihren Angehörigen entlassen, gleichgültig, ob sie Bazillenträger sind oder nicht. Bei der Entlassung wird den Eltern gesagt, daß sie das Kind nach 8 Tagen noch einmal vorzustellen haben und daß es für Kind und Angehörige geboten ist, häufig zu gurgeln und überhaupt der Zahn- und Mundpflege möglichste Aufmerksamkeit zuzuwenden. Durch ärztliches Attest wird dafür gesorgt, daß das Kind noch mindestens 4 Wochen der Schule fernbleibt.

2. Kinder, welche aus Internaten, Waisenhäusern und ähnlichen Anstalten aufgenommen wurden, bleiben im Krankenhause, bis sie bazillenfrei sind.

3. Kinder, welche aus irgend welchem Grunde von der Diphtherieabteilung nach anderen Stationen (innere, äußere z. B.) verlegt werden müssen, kommen zunächst auf die Quarantänestation und verbleiben dort, bis sie keine Bazillen mehr haben.

Die Behauptung, daß die bei Gesunden gefundenen Bazillen nicht oder wenig virulent sind, ist nicht zutreffend. Von den Schleimhäuten nicht Erkrankter gezüchtete Bazillen sind im Tierversuch ebenso virulent wie die von diphtherischen Belägen stammenden. Wirksame Mittel, die Bazillen von den Schleimhäuten schnell und sicher zu entfernen, gibt es bisher nicht.

Zur Verhütung der Verbreitung der Diphtherie in geschlossenen Anstalten ist die Auffindung und die Isolierung der Bazillenträger von großem Werte und dringend nötig. Das Schließen der Schulklassen und die Entfernung der Bazillenträger von dem Unterrichte hat nur einen bedingten Wert, da man den Kontakt außerhalb der Schulzeit nicht verhindern kann.

Diskussion. Cassel: Bei einer Diphtherieendemie in der von ihm geleiteten Anstalt machte er die Erfahrung, daß eine Reihe von Säuglingen, ohne zu erkranken, Bazillenträger waren.

Auch nach Entfernung dieser Bazillenträger und der bazillentragenden Köchin aus der Anstalt hörten die Erkrankungen nicht auf. Erst allmählich zu Beginn des Sommers erlosch die Endemie. Von der Desinfektion der Anstalt sah C. keinen Erfolg.

Dietrich: Drei wichtige Tatsachen haben die Erfahrungen der letzten Jahre gelehrt:

1. Die Dauer der Infektionsmöglichkeit der Diphtherie fällt mit der Dauer der Bazillenausscheidung zusammen.

2. Bazillenausscheider stehen stets im Zusammenhange mit Diphtherieerkrankungen.

3. Bazillenträger können die Diphtherie weitertragen, wenn sie auch durch sie nicht weitergetragen werden muß.

Mehrere Beispiele aus der Erfahrung des bakteriologischen Untersuchungsamtes in Charlottenburg werden mitgeteilt:

So hörten in einer Mädchenschule die Diphtherieerkrankungen nicht auf, bis der Gesanglehrer, der die Gewohnheit hatte, sich von den Kindern direkt ansingen zu lassen oder selbst die Kinder ansang, als Bazillenträger ermittelt und ausgeschaltet wurde.

Vor allem gilt es, die Bazillenträger der Schule fernzuhalten. Deshalb muß in Charlottenburg jedes von der Diphtherie genesene Kind durch zweimalige Untersuchung frei von Bazillen gefunden sein, bis es wieder zur Schule zugelassen wird.

Die praktische Erfahrung hat gezeigt, daß damit viel erreicht wird, wenn auch von anderer Seite die Maßregel darum gering eingeschätzt wird, weil die Kinder daheim und auf der Straße nicht isoliert bleiben. Selbstverständlich hat die Fernhaltung von der Schule bei hartnäckiger Dauerausscheidung ihre Grenzen. In vereinzelten Fällen währen diese Ausscheidungen länger als 8 Wochen.

Baron fürchtet, daß die Fernhaltung von der Schule deshalb illusorisch ist, weil die Kinder außerhalb der Schule doch zusammenkommen.

Jochmann vertritt den Standpunkt, daß Diphtheriekonvaleszenten des Rudolf-Virchow-Krankenhauses nicht eher zu entlassen sind, als bis sie bei dreimaliger Untersuchung frei von Diphtheriebazillen sind. Nach seinen Beobachtungen an einem Materiale von etwa 400 Diphtheriekranken im Jahre verlieren 85% der Fälle ihre Bazillen bis zum 21. Krankheitstage, 15% der Rekonvaleszenten behalten die Bazillen länger. Manche verlieren sie in der 4. Woche und vereinzelte Fälle behalten ihre Bazillen 5, 6, 7 Wochen und länger. Solche Ausnahmen, die über viele Wochen Bazillenträger bleiben, kann man in der Regel nicht bis zur Bazillenfreiheit im Krankenhause behalten. Das Gros der Kranken kann man aber ohne Schwierigkeit zurückbehalten bis sie frei von Bazillen, also nicht mehr anstecken.

Entläßt man die Diphtheriekonvaleszenten nach dem Vorschlage von Sommerfeld ohne Rücksicht auf die Bazillenpersistenz, so schickt man eine Unzahl von Bazillenträger hinaus, die die Seuche weiterverbreiten. J. spricht die Mahnung aus, nach wie vor der Bazillenpersistenz bei der Entlassung der Diphtheriekranken die größte Aufmerksamkeit zu schenken.

B. Fränkel rät zum möglichst ausgedehnten Gebrauch prophylaktischer Seruminjektionen.

F. Meyer: Die Bazillenausscheidung kann nur durch die Anwendung eines bakteriziden Serums beeinflußt werden.

Ein Erfolg wurde allerdings bisher damit nicht erzielt. Dagegen hat ein anderes Verfahren ermutigende Resultate ergeben: Die aktive Immunisierung mit abgetöteten Bazillen. Abgetötete Bazillen werden längere Zeit in destilliertem Wasser ausgeschüttelt und so das Toxin extrahiert. Es gelingt mit diesen Bazillen, welche frei von jeder toxischen Komponente sind, so gut zu immunisieren, daß die Injektion niemals von irgend welchen unangenehmen Folgen begleitet ist. Mit der Immunisierung steigt die agglutinative Kraft des Serums und in 10 Fällen verschwanden die Bazillen bald nach der eingeleiteten Behandlung.

Ferner macht M. auf die Wichtigkeit einer sachgemäßen Zahnbehandlung bei Diphtheriekonvaleszenten aufmerksam. Er kannte einen Fall, in dem die Bazillen erst verschwanden, als unter einer nicht gut sitzenden Zahnplombe ein Defekt mit einer Reinkultur von Bazillen erkannt und entsprechend behandelt worden war.

Endlich weist M. darauf hin, daß in letzter Zeit mehrere Fälle bekannt geworden sind, in denen durch prophylaktische Seruminjektionen ein Schutz gegen Diphtherieinfektion nicht erzielt wurde.

Dietrich: Zu den hygienischen Anordnungen muß die Erziehung der Bevölkerung treten, damit die Anordnungen der Behörden nicht dadurch ohne Erfolg bleiben, daß die Kinder in schulfreier Zeit ohne Vorsichtsmaßregeln zusammenkommen. Er richtet die Anfrage an die Versammlung, wieweit Erfahrungen bezüglich der Gefährlichkeit einer zweiten Injektion vorliegen, da wiederholt empfohlen wurde, prophylaktische Injektionen in großem Maßstabe vorzunehmen.

Heubner hat niemals irgendwelche anaphylaktische Erscheinungen beobachtet, obwohl er, seitdem das Diphtherieheilserum existiert, dauernd immunisiert. Zuzugeben ist, daß vereinzelte derartige Fälle vorkommen. Von der prophylaktischen Immunisierung auf der Masernabteilung in der Charité, in der jeder Aufgenommene immunisiert wird, hat H. den Erfolg fast ausnahmslosen Freibleibens von

Diphtherie gesehen. Wichtig erscheint ihm die Tatsache, daß der Diphtheriebazillus nicht, wie viele ausgezeichnete Hygieniker, darunter auch Behring, meinten, ubiquitär ist, sondern stets im Zusammenhange mit Diphtherieerkrankungen vorkommt. Die Zurückhaltung vor dem Verkehre mit Bazillenträgern ist also durchaus gerechtfertigt. Aber im praktischen Krankenhausdienst Diphtheriebazillenträger zurückzuhalten, ist wegen der Geldfrage kaum möglich.

H. schneidet dabei noch eine andere wichtige Frage an. In jedem Jahre werden Bazillenträger in die Bevölkerung hinausgeschickt; warum trat nun gerade in diesem Jahr eine epidemische Steigerung der Diphtherie auf? Es muß hier außer den Bazillen selbst noch ein zweites, nach seiner Meinung die wechselnde Empfänglichkeit der Bevölkerung, mitspielen. Daß in jedem Falle die Entlassung der Kranken erst nach völliger Freiheit von Keimen erwünscht ist, kann nicht bestritten werden. Vielleicht wird es von großer Bedeutung sein, wenn wir zur Durchführung solcher Maßnahmen Rekonvaleszentenhäuser hätten. Leider ist die Regierung diesem Plane, den H. stets sehr befürwortet hat, noch abgeneigt, vielleicht sind die kommunalen Verwaltungen eher für die Errichtung derartiger Rekonvaleszentenhäuser zu haben.

Finkelstein stimmt Heubners Meinung bei, daß nicht der Diphtheriebazillus allein es sei, der die augenblickliche Epidemie bedinge, sondern daß noch ein unbekanntes Agens dazukomme. Beweis ist ihm die Tatsache, daß in früheren Jahren ein positiver Bazillenbefund bei dem Schnupfen auf Säuglinsstationen keine Veranlassung gab, diesen Befund als bedenklich anzusehen. Nur selten erkrankte ein Kind mit echter Diphtherie, so daß die Gefahr der Diphtherieübertragung und des Bazillenbefundes bei gewöhnlichem Schnupfen sehr gering eingeschätzt wurde.

Seit 2 Jahren hat sich die Sachlage verändert. Jeder positive Bazillenbefund läßt die Befürchtung aufkommen, daß das Kind selbst erkrankt oder eine Reihe von Infektionen von ihm ausgeht. Die Zahl der diphtheriekranken Säuglinge ist in den letzten 2 Jahren außerordentlich stark gewachsen. F. ist der Meinung, daß die Diphtheriebazillenträger in Krankenhäusern bis zur Bazillenfreiheit zurückgehalten werden müßten, insbesondere sind Möglichkeiten zu schaffen, Bazillenträger im großen auf billige Art zu isolieren. Der Versuch, den Diphtherieerkrankungen auf der Säuglingsabteilung durch prophylaktische Seruminjektionen Einhalt zu tun, ist im Waisenhause Berlin ohne sichtlichen Erfolg geblieben.

Sommerfeld (Schlußwort): Daß die Entlassung der Bazillenträger keine besondere Gefahr für die Gesunden bedeutet, geht schon aus der Tatsache hervor, daß in dem Stadtteile, aus dem die Patienten des Kinderkrankenhauses sich rekrutieren, nicht mehr Diphtherieerkrankungen vorkommen als anderwärts. Die Versuche des Herrn F. Meyer müßten an größerem Materiale geprüft werden. Das beste Mittel zur Verhütung der Diphtherie ist ohne Zweifel die von Heubner empfohlene Gründung von Rekonvaleszentenhäusern, in denen die Bazillenträger bis zu ihrer Bazillenfreiheit verbleiben können.

Außerordentliche Sitzung am 18. Dezember 1911.

1. **Biesalski:** *„Neuere Stütz- und Lagerungsapparate"*.

B. stellt geheilte Krankheitsfälle vor, aus denen ersichtlich ist, welch eine große Rolle die Behandlung mit orthopädischen Stützapparaten und Lagerungsvorrichtungen in der Orthopädie spielt. Durch die unbestreitbaren Verdienste Hessings ist in den Kreisen der Laien und leider auch der Ärzte die irrige Ansicht verbreitet, daß ein Stützapparat von einem Bandagisten angefertigt werden müßte. Die ganzen Hilfsmittel der Orthopädie können aber nur erschöpft

werden von einem Arzt, der sowohl über die Technik der blutigen als der unblutigen und der in Anwendung von Apparaten bestehenden Therapie verfügt und diese je nach dem Falle einzeln für sich oder nebeneinander oder in Kombination anzuwenden vermag.

Es wird ein Knabe mit Kinderlähmung beider Beine demonstriert. An einem Beine sind Arthrodesen in Fuß, Knie und Hüfte gemacht, am andern Quadrizepsplastik und Sehnenauswechselung am Fuße. Der Knabe geht in Stützapparaten, die er nur während der Nachbehandlung trägt, an der Gehbank. Ähnliche Fälle werden vorgestellt aus dem Gebiete der Littleschen Krankheit, ferner ein Kind mit Förstercher Operation, bei dem der Apparat während der Nachbehandlung vorzügliche Erfolge gezeitigt hat. Es folgen gleichartige Fälle aus dem Gebiete der Hemiplegie, darunter solche mit Medianusplastik, dann geheilte Fälle von angeborener Hüftluxation mit Nachbehandlung durch den Langeschen Beckenkorb, mit Heußnerscher Spirale und Demonstration eines vom Vortragenden angegebenen Redressionsapparates für Nachbehandlung der angeborenen Hüftluxation.

Aus dem Gebiete der Spondylitis werden verschiedene Korsetts gezeigt, aus dem der Skoliose ein großes Gipsbett nach Fränkel, ein physiologisches Gipsbett für Behandlung des geraden Rückens, ein Lagerungsbrett und Zelluloidbett, eine Kombination von Gipsbett mit Lagerungsbrett und die mit aktiven Redressionskräften versehenen Korsetts nach Schlee und Wierzejewski.

Künne: *„Demonstration zweier Fälle von Arthritis deformans im Kindesalter"*.

K. stellt einen 13jährigen Knaben und ein 16jähriges Mädchen vor, bei denen die Krankheit im 9. respektive im 4. Lebensjahre ihren Anfang genommen hat. Bei beiden kein Trauma in der Anamnese. Es bestehen hochgradige Bewegungsbeschränkungen an Hüft-, Knie-, Ellenbogen- und Fingergelenken, ferner bei dem Knaben an den Lenden-, bei dem Mädchen an der Halswirbelsäule. An den typischen Röntgenbildern wird das Fortschreiten des arthritischen Prozesses demonstriert. Die deformierende Arthritis kommt in jedem Lebensalter vor, ist meist eine sekundäre Affektion, die sich auf Schädigungen aller Art entwickeln kann.

Arthritis deformans, Spondylitis deformans sowie die ankylosierende Spondylitis sind im wesentlichen als zu demselben Grundprozeß gehörige Krankheitsbilder aufzufassen.

Schasse: *„Demonstration angeborener Skoliosen"*.

Numerische Variationen an Wirbeln und Rücken führen nur dann zur Skoliose, wenn der Prozeß auf einer Seite weiter fortgeschritten ist als auf der andern, nicht aber bei symmetrischer Anordnung.

Vorgestellt werden 4 Schwestern im Alter von 12¾, 11¼, 4½ und 1½ Jahren (von der jüngsten Schwester nur das Röntgenbild), welche mit Ausnahme der jüngsten Schwester runden Rücken ohne seitliche Ausbiegung der Wirbelsäule zeigen. Im Röntgenbilde haben alle außer der zweiten Schwester 11 Rippenpaare, der 19. Wirbel zeigt den Charakter des letzten Brustwirbels. Bei der dritten Schwester ist am 19. Wirbel beiderseits ein Ansatz zu einer rudimentären Brustrippe vorhanden.

7¼jähriges Mädchen mit rundem Rücken ohne Skoliose. Im Röntgenbilde sind beiderseits 11 deutliche Brustrippen, am 12. Brustwirbel rechts eine ganz rudimentäre Rippe und am letzten Halswirbel links eine wenig entwickelte Halsrippe sichtbar. 6 Halswirbel. Die ersten Brustrippen entspringen sowohl vom 1. wie vom 2. Brustwirbel. Die Halsrippe ist zu wenig ausgebildet, um zur Skoliose zu führen.

Die morphologischen Mißbildungen an Wirbeln und Rippen führen fast immer zur Skoliose.

Ferner werden vorgestellt: Knabe von 5½ Jahren mit linkskonvexer Dorsalskoliose, die im Alter von etwa 1 Jahre bemerkt wurde. Das Röntgenbild zeigt 5 normale Lendenwirbel; am 12. Brustwirbel fehlt die linke Rippe. Der 10. Brustwirbel besteht aus zwei keilförmigen Halbwirbeln mit je einer Rippe und Wirbelbogen. Zwischen 10. und 9. Brustwirbel ist links ein Keilwirbel mit Bogenfläche und eigener Rippe eingeschaltet. Die Abweichung der Wirbelsäule entspricht genau dem Keilwirbel.

13jähriger Knabe mit hochgradiger, linkskonvexer, im 7. Lebensmonat entstandener Dorsalskoliose. Rudimentäres Rippenpaar am 12. Brustwirbel, 7. Halswirbel besteht aus 2 Keilwirbeln und trägt beiderseits Halsrippen, die mit den ersten Brustrippen verwachsen sind. Auch die vorhergehenden Halswirbel sind zum Teil aus 2 Keilwirbeln zusammengesetzt, ihre Querfortsätze und Dornfortsätze sind vielfach verwachsen. Die Skoliose ist aus den morphologischen Mißbildungen und der asymmetrischen Variation erklärt.

Reiche: *„Verschiedene Formen der Athetose"*.

Besprechung und Vorstellung einiger Fälle von Athetose.

Bei dem ersten Fall ist ein Zusammenhang mit zerebraler Kinderlähmung oder mit der Littleschen Erkrankung mit Sicherheit nicht nachweisbar. Die Reflexe sind pathologisch nicht verändert. Es ist daher wohl anzunehmen, daß es sich um einen Fall genuiner Athetose handelt. Bei dem zweiten Fall, den R. vorstellt, fanden sich pathologisch veränderte Reflexe, während der sonstige Befund dem des ersten Falles sehr ähnelte. Es handelt sich hier um eine Athetose, die sich auf der Basis alter zerebraler Herde entwickelt hat.

Dann stellt R. einen typischen Fall von Athetose bei rechtsseitiger Hemiplegie vor und einen vierten mit sehr schwerer Athetose aller vier Extremitäten, der Gesichts- und Zungenmuskulatur bei Littlescher Erkrankung. Dieser Patient kann weder stehen, gehen noch sitzen, Festhalten von Gegenständen ist ihm unmöglich. Die Sprache des geistig sonst normal entwickelten Knaben ist überaus undeutlich, so daß man nur hin und wieder einige Worte verstehen kann. Um diesen Patienten auf die Beine zu bringen, ist vor kurzer Zeit die Förstersche Operation gemacht worden, vorläufig mit dem Erfolge, daß die Rigidität und die Athetose der Beine nachgelassen haben. Über den endgültigen Erfolg wird erst nach längerer Zeit zu urteilen sein.

Egloff: *„Lähmungen bei Spina bifida"*.

1. Demonstration eines Kindes mit Myelomeningocele an der Grenze vom 5. Lendenwirbel und Kreuzbein. Beide Beine sind völlig gelähmt; ebenso Blase und Mastdarm. Ferner herrschen Sensibilitätsstörungen im Gebiete beider Unterschenkel.

Beide Füße stehen in extremster Klumpfußstellung.

2. Demonstration eines Kindes mit Myelomeningocele in der Höhe des 4. Lendenwirbels, mit fast völliger Lähmung beider Beine; erhalten beiderseits nur M. sartorius, mit dem Patient gelernt hat das Bein zu beugen und zu strecken. In den Füßen Sensibilitätsstörungen, Lähmung der Blase, jedoch nicht des Mastdarmes.

Beiderseits Arthrodese der Sprunggelenke, Stützapparat. Geht an der Gehbank.

3. Spina bifida occulta an der unteren Grenze des Lendenmarks, Spalt im Röntgenbilde sichtbar, Skoliose, spastische Lähmung beider Beine, Klumpfüße, Subluxation der Kniee, pathologische Luxation der linken Hüfte, Incontinentia urinae et alvi, Therapie: Redression der Füße nach Ogsten, Schienenhülsenapparate mit Redressionsvorrichtungen für Knie und Hüfte, Korsett. Kind geht an der Gehbank.

Außerordentliche Sitzung am 22. Jänner 1912.

Vor der Tagesordnung:

1. **Tugendreich:** *„Ein Fall von angeborenem, halbseitigem, partiellem Riesenwuchs"*.

Vorstellung eines Knaben von 16 Monaten mit ungleicher Entwicklung der Extremitäten. Links sind Arm, Hand, Bein und Fuß stärker entwickelt als rechts. Muskulatur und Fettpolster sind auf der linken Seite fester als rechts. Deutliche Verlängerung des Beines um etwa 1 ½ cm. Dementsprechend steht die linke Spina iliaca anterior superior höher als rechts (kompensatorische Skoliose). Es handelt sich um einen Fall angeborener halbseitiger partieller Hypertrophie, und zwar einer fortschreitenden, da die Unterschiede zwischen links und rechts in den 10 Monaten der Beobachtung größer geworden sind.

Tagesordnung:

1. **Heubner:** *„Zur Pathologie der rheumatischen Infektion"*.

Schon seit langem hat Heubner darauf hingewiesen, daß die Rheumatosen — Rheumatismus, Endokarditis, Chorea — einen bestimmten Typus des Fiebers aufweisen, auf den zuerst Friedländer die Aufmerksamkeit gelenkt hat. In Wellenbewegungen steigt die Temperatur allmählich an, um sich dann langsam wieder abzuflachen.

Die gleichartige Form des Fieberverlaufes hat Heubner mit dazu bestimmt, die Zusammengehörigkeit der drei Formen der Rheumatosen anzunehmen. Demonstration typischer Fieberkurven. Nun war es sehr interessant, zu untersuchen, inwieweit das Blutbild neben dem Temperaturverlauf als Spiegelbild der Infektion brauchbar ist. Durch Takeno ließ H. diesbezügliche Untersuchungen anstellen. In der Tat standen die Zahlen der roten Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt in einer gewissen Analogie zu der Intensität der Erkrankung. Mit der Verschlechterung im klinischen Bilde fielen die Zahlen der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins und mit der Besserung stiegen beide an.

An einer großen Reihe von Erkrankungsfällen wird zunächst für den Rheumatismus die Übereinstimmung zwischen Blutbefund und klinischem Verlauf dargetan. Aber nicht nur bei dem Rheumatismus, bei dem schon früher gelegentlich auf die dabei vorkommende Anämie aufmerksam gemacht wurde, sondern auch bei Chorea und Endokarditis fand sich die gleiche Abhängigkeit des Blutbefundes vom Erkrankungsablauf. Damit ist ein neues Beweismittel für H.s Anschauung von der Zusammengehörigkeit der Rheumatosen gegeben.

Diskussion: Bahrdt fragt an, ob nicht die bei den Rheumatosen ätiologisch in Betracht kommenden Streptokokken bei dem Zustandekommen der Anämie eine Rolle spielen, da ja die hämolytische Fähigkeit der Streptokokken bekannt ist.

Baginsky erinnert daran, daß auf die auffallende schwere Anämie bei Rheumatismus Erwachsener schon Traube hingewiesen hat. Zweifellos hat die Anämie hier eine spezifische Bedeutung. Sie gehört unmittelbar zum rheumatischen Prozeß. Ob allerdings die Streptokokken dabei eine Rolle spielen, muß zweifelhaft bleiben, da andere Streptokokkenerkrankungen eine solche Anämie nicht aufweisen.

2. **Viereck:** *„Aus der Pathologie des vegetativen Nervensystems im Kindesalter"*.

Vortragender berichtet kurz über die klinischen Untersuchungen an der v. Noordenschen Klinik von Eppinger, Heß,

Falta, Rudinger und Mitarbeitern, die, basierend auf der Voraussetzung der Gegensätzlichkeit von Sympathikus und „erweitertem" Vagus sowie der Spezifizität deren pharmakologischer Reaktionen, verschiedene Krankheitsbilder und -erscheinungen unter dem Gesichtspunkte der Vagotonie zusammenfaßten und anderseits die Lehre von der innern Sekretion klinisch weiter ausführten.

Dabei haben sie, wenn auch nur theoretisch, vielerlei Beziehungen des Vagus und Sympathikus im obigen Sinne (nach Loewi-Fröhlich) auch zu krankhaften Störungen des Kindesalters statuiert, zu nennen sind: Der Lymphatismus, die postdiphtherischen Lähmungen, die infektiösen Bradykardien, Asthma, Pylorospasmus, Urtikaria, Serumkrankheit u. a.

Vortragender hat nun gefunden, daß bei Innehaltung bestimmter Dosen und Versuchsanordnung die experimentelle Prüfung dieser Zusammenhänge im Kindesalter möglich ist und verwertbare Resultate gibt. Außer manchen Einzelheiten konnte, wenn auch bisher nur an einzelnen Fällen, gezeigt werden, daß auf der Höhe der Spasmophilie ein Ansteigen der vagotonischen Symptome nachweisbar war. Weiter fanden sich sympathikotonische Erscheinungen bei exsudativer Diathese; bei verschiedenen mehr oder weniger ausgesprochenen funktionell-nervösen Störungen wurden vagotonische Symptome festgestellt; endlich wurde ein von Ascher zuerst geschildertes Vagussymptom bei zwei postdiphtherisch gelähmten Kindern besonders gewürdigt.

Bei diesen Untersuchungen zeigte sich nicht stets die von Eppinger und Heß zunächst behauptete Exklusivität von Vago- und Sympathikotonie.

Diskussion: Heubner weist auf die Bedeutung dieser Befunde hin, die sicherlich in nicht zu ferner Zeit für unser ganzes therapeutisches Handeln besonders beim Kinde von Wichtigkeit sein werden.

3. **V. Salle:** *„Über einen Fall von angeborener Akromegalie mit Sektionsbefund"*.

Die Mitteilung betrifft einen Säugling von 56 cm Körperlänge, der schon bei der Geburt eine Reihe von Stigmata darbot, die mit dem akromegalischen Symptomenkomplex übereinstimmen. So eine sehr große Nase, prominentes Kinn, große Zunge, außerordentlich lange Hände und Füße. Die Vergrößerung der letzteren ist ausschließlich auf eine Verlängerung der Knochen zurückzuführen; Veränderungen an den Weichteilen fehlen. Das Verhältnis der einzelnen Körperteile zur Gesamtlänge entsprach ungefähr dem eines 2jährigen Kindes. Neben diesen Wachstumsstörungen bestand ein angeborener Herzfehler, auf welchen auch der im Alter von 2½ Monaten erfolgte Tod zurückzuführen ist.

Die Sektion ergab neben anderen Entwicklungsstörungen eine Erweiterung der Sella turcica und eine die Hypophyse verdrängende Hervorwölbung der knöchernen Schädelbasis. Mikroskopisch zeigte die Hypophyse keine grobe Abweichung vom Normalen. Vielleicht ist aber der relative Reichtum an eosinophilen Zellen im Sinne einer Hyperfunktion zu deuten. Der Reiz zu einer solchen gesteigerten Tätigkeit der Hypophyse, die nach neueren Untersuchungen auch unter physiologischen Bedingungen eine anregende Wirkung auf das Knochenwachstum besitzt, könnte in einem, von dem Knochentumor bewirkten Druck auf die Drüse zu suchen sein. Jedenfalls war eine Läsion der Hypophyse, aus der man auf eine verminderte Tätigkeit schließen dürfte, nicht nachweisbar. Die Röntgenuntersuchung ergab das Fehlen periostitischer oder anderer Verdickungen, doch konnte eine frühzeitige Verknöcherung der Diaphyse der Endphalange V festgestellt werden, gleichwie die mikroskopische Untersuchung das frühzeitige Auftreten von Knochenkernen in den Epiphysen der Phalangen ergab.

Das Krankheitsbild hat Beziehungen zum Riesenwuchs und Akromegalie; Mischformen dieser Erkrankungen sind beim Erwachsenen öfter beschrieben. Der Fall verdient besonders jetzt, wo wir durch die Forschung auf dem Gebiete der Drüsen mit innerer Sekretion Einblicke in die Beeinflussung des Wachstums durch Hormone gewinnen, Beachtung. Die Beobachtung reiht sich ähnlichen, von französischen Autoren (Hutinel, Babonneix und Paisseau) an. Es scheint demnach ein der Akromegalie nahestehendes oder mit ihr identisches Krankheitsbild im Kindesalter vorzukommen, ein Grund mehr, Verallgemeinerungen, wie der Gigantismus sei die Akromegalie der Wachstumsperiode, die Akromegalie der Riesenwuchs nach beendetem Wachstum, zu vermeiden.

Diskussion: Bahrdt führt einen Fall aus dem Augusta-Victoria-Haus an, der ganz ähnlich dem vorgestellten war. Besonders war die Haltung, die Langfingrigkeit, die Ähnlichkeit der Nasenbildung (hervorstehendes knöchernes Nasengerüst) übereinstimmend.

Benda hat in dem Hypophysispräparat kein Tumorgewebe gefunden und es fragt sich darum, ob der Fall zu der echten Akromegalie gerechnet werden darf. Zweifellos findet man bei charakteristischen Tumoren andere Eigentümlichkeiten als bei den tumorfreien; insbesondere ist eine Progenie (Vortreten des Unterkiefers vor den Oberkiefer) und Makroglossie vorhanden. Hereditäre Formen sind von der Akromegalie zu trennen.

Herbst erinnert sich, ebenfalls einen Fall mit besonders langen Fingern und Zehen beobachtet zu haben.

Baginsky hat zurzeit einen Kranken in Behandlung, bei dem ein ausgesprochener Symptomenkomplex des Athyreoidismus sich mit dem der Akromegalie in Gestalt von großen mächtigen Händen paart. Bei den heute vielfach diskutierten Beziehungen der Drüsen mit innerer Sekretion hätte man ein Recht zur Annahme eines Defektes der Thyreoidea und Hypophyse.

Eckert berichtet über einen Fall von Akromegalie des Penis und anderen Zeichen des entwickelten männlichen Geschlechtscharakters, bei dem kein Hypophysentumor, sondern ein Tumor der Glandula pinealis zu finden war.

Heubner will den von Eckert erwähnten Fall grundsätzlich von Akromegalie getrennt wissen. Auf einen gewissen Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Thyreoidea und Hypophyse weist ein Fall seiner Beobachtung hin, den er als Calibanismus bezeichnet hat (cf. Shakespeares Sturm). Zuerst fanden sich nur Zeichen von Myxödem, das mit Erfolg behandelt wurde. Allmählich wurde der Typus der Akromegalie angenommen.

Fleischmann bemerkt, daß der Zusammenhang zwischen Defekten der Hypophyse und der Thyreoidea durch das Tierexperiment erwiesen ist.

Salle (Schlußwort).

---

17. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte in Frankfurt a. M. in der Kinderklinik des städt. Krankenhauses am 10. Dezember 1911.

Vorsitzender: **J. de Bary** (Frankfurt a. M.).
Schriftführer: **Cahen-Brach** (Frankfurt a. M.).

B. Fischer demonstriert u. a.:

1. Eine Serie von *Mißbildungen des Herzens* bei Neugeborenen und Säuglingen und *Mißbildungen der großen Gefäße*. Entwicklungsgeschichtliche Erklärung.

2. *Perforationsappendizitis* bei 4 Wochen altem Säuglinge.

3. Schwere *dysenterische Geschwüre* des Dickdarms bei 7 Monate altem Kinde.

4. Mehrere Fälle von schwerster *hämorrhagischer Diathese* bei Diphtherie.

H. Rehn (Frankfurt a. M.) bespricht an der Hand eines von ihm im November v. J. beobachteten Falles von *Icterus gravis* familiaris und gestützt auf die umfassende Bearbeitung der eigentümlichen und seltenen Erkrankung durch den so früh verstorbenen Gynäkologen Pfannenstiel (Münchener med. Wochenschr., 1908, Nr. 42/43) die Krankheit und gibt einen Überblick über die klinischen Symptome, den pathologisch-anatomischen Befund, Pathogenese, vermutliche Ätiologie, Prognose und die vorgeschlagene Therapie. (Der Vortrag wird im Jahrbuch für Kinderheilkunde erscheinen.)

Diskussion: May (Worms) erwähnt eine Beobachtung, welche 4 Kinder desselben Elternpaares betraf, welche sämtlich an Icterus gravis erkrankten und nach kurzer Zeit starben. Die Kinder waren sämtlich ausgetragen; Lues der Eltern ausgeschlossen. Die Kinder kamen mit normaler Haut zur Welt, die gelbe Färbung trat erst nach 1 bis 2 Tagen auf. Trotz Darreichung der Muttermilch, von Diuretizis, Karlsbader Wasser, Einläufen usw. verfielen die Kinder mehr und mehr und gingen nach kurzer Zeit zugrunde. (Veröffentlicht: Arch. f. Kinderheilkunde, Bd. 56.)

Cahen-Brach (Frankfurt a. M.) hat den unter ähnlichen Erscheinungen gestorbenen Bruder des von R. besprochenen Kindes beobachtet. Dieser kam mit 6¾ Pfund kräftig entwickelt zur Welt. Er erhielt Backhausmilch mit dem Löffel und bot zunächst keine Besonderheiten dar. Erst am 3. Tage, da sich zunehmender Ikterus eingestellt hatte und das Kind verfiel, wurde ärztlicher Rat eingeholt. Wenige Stunden darauf trat jedoch schon der Tod ein, nachdem man noch versucht hatte, mit dem Löffel etwas Frauenmilch einzuflößen. Mit Rücksicht auf den farblosen mit Blutstreifchen untermischten Schleim, der per anum abgegangen war, hatte die Vermutung eines Gallenabschlusses nahegelegen. Sie bestätigte sich jedoch nicht, sondern es zeigten sich bei der Sektion multiple Geschwüre im Magen und Dickdarm, katarrhalische Erscheinungen des gesamten Tractus intestinalis vom Ösophagus ab mit hochgradiger Schwellung der Follikel, Hyperplasie der mesenterialen Lymphdrüsen und der Milzfollikel.

Eine luetische Ätiologie anzunehmen, lag keine Veranlassung vor.

E. Kahn (Frankfurt a. M.) hat in einer Familie, in der 3 Kinder an Icterus gravis starben, 2 Kinder nach Verlauf der 1. Lebenswoche in tiefer Somnolenz an dieser Krankheit zugrunde gehen sehen. Lues war von seiten des Vaters zugestanden. Prof. Weigert, der diese Ätiologie zur Erklärung der Krankheit heranzog, fand starke Rundzelleninfiltration der Leber. Ein Naturarzt hatte reichlich Darmeinläufe verordnet.

B. Fischer weist auf die Beziehungen des Icterus gravis zu luetischen und septischen Prozessen hin, vor allem aber auf die Ähnlichkeit der berichteten Fälle mit dem familiären hämolytischen Ikterus der Erwachsenen.

Hoffmann (Heidelberg) hebt ebenfalls hervor, daß das Blutbild bei dem hereditären hämolytischen Ikterus im späteren Alter eine gewisse Konstanz zeigt, und daß sich vielleicht der Zusammenhang der angeführten Fälle mit jenem hämolytischen Ikterus durch Untersuchung des Blutbildes feststellen lasse.

Moro (Heidelberg): *„Über natürliche und künstliche Bedingungsreflexe"*.

Referierender Vortrag an der Hand von klinischen Beispielen.

Beck (Frankfurt a. M.) zeigt einen Fall von *Stridor congenitus* bei einem 4 Monate alten Knaben, der auf der bekannten Anomalie der Kehlkopfbildung beruht, und einen Fall von thyreogener Fettsucht bei einem 5jährigen Knaben (Gewicht jetzt 44 Pfund), der durch Schilddrüsenbehandlung bei unveränderter Ernährung in 2 Monaten um 5 Pfund abgenommen hat.

Diskussion: Moro, Beck.

Albert Stein (Wiesbaden): *„Vorstellung eines Falles von Polyneuritis im frühesten Kindesalter"*.

Das jetzt 13jährige Kind soll mit $^3/_4$ Jahren laufen gelernt haben und dann ½ Jahr richtig gelaufen sein. Darauf fing es an auf den Knien zu rutschen und allmählich stellten sich Lähmungen ein, die jetzt noch vorhanden sind. Das Kind hat zurzeit eine fast vollkommene Lähmung beider Hände und Unterschenkel. Die Füße standen bei Eintritt in paralytischer Klumpfußstellung. Gehen war schwer und nur mit Unterstützung möglich. Der Vortragende erörtert besonders die bei diesem Falle nicht sehr einfache Stellung der Diagnose. Es kommen differentialdiagnostisch sowohl zerebrale wie spinale Lähmungen in Frage. Diese sind aber bei dem Fehlen von irgend welchen spastischen Symptomen und bei der vollständigen Symmetrie der Erscheinungen auf beiden Seiten doch wieder ausgeschlossen. Der Fall ist, da in so frühem Kindesalter fast gar keine Fälle von so ausgedehnter Polyneuritis beobachtet sind, sehr selten. Ätiologisch können Blei, Alkohol, eventuell auch andere Schädlichkeiten, welche die Mutter während der Stillperiode betroffen haben, in Frage kommen. Sicheres war nicht festzustellen.

Die vom Vortragenden angewandte Therapie bestand in der Redression der beiden Klumpfüße durch Gipsverbände und darauffolgender Arthrodese der beiden Fußgelenke durch Bolzung der Gelenke mit Elfenbeinstiften, welche von der Sohlenfläche des Kalkaneus durch den Talus hindurch in die Tibia eingeschlagen wurden. Das Kind erhielt hierauf zwei Schienenhülsenapparate für die ganzen Beine und kann jetzt frei und ohne Hilfe gehen. Durch Übung wurde die Handfertigkeit der beiden gelähmten Hände im Wiesbadener Kinderheim des „Vereines für Krüppelfürsorge" so weit gefördert, daß das Kind jetzt schreiben und stricken kann; außerdem ist es imstande, mit der Nähmaschine zu nähen.

Diskussion: Moro ist mit der Diagnose Polyneuritis chronica nicht einverstanden und hält den Fall für eine typische neuritische Muskeldystrophie nach Hoffmann.

Hoffmann (Heidelberg) hält den demonstrierten Fall für einen Fall von neuritischer Muskelatrophie [von Prof. Hoffmann (Heidelberg) beschrieben], fragt an, ob sich ähnliche Erkrankungen in der Familie des Patienten finden, da diese Krankheit häufig familiär aufzutreten pflegt.

Stein (Frankfurt a. M.) Schlußwort: Auf die Bemerkungen Becks, daß es sich in dem vorgestellten Falle um spinale Kinderlähmung handle, erwiderte Stein, daß dies deshalb ausgeschlossen sei, weil ja beim Beginne der Krankheit eine akute schwere Erkrankung, die von den Eltern unter keinen Umständen übersehen worden wäre, völlig gefehlt hat. Der Meinung Prof. Moros (Heidelberg), daß es sich um neuritische progressive Muskelatrophie Typus Hoffmann handelt, kann der Vortragende nicht beipflichten, weil ja innerhalb der letzten 11 Jahre jedes Fortschreiten der Krankheitsprozesse fehlt.

Gernsheim (Worms): *„Demonstration des vor 1 Jahre gezeigten Falles juveniler Muskelatrophie"*.

Die Atrophien am ganzen Körper — mit Ausnahme der mimischen Muskeln — sind stärker ausgesprochen, besonders fällt die er-

heblich verstärkte Lordose und das erschwerte Erheben aus liegender Stellung auf.

E. Großmann (Frankfurt a. M.) erläutert zunächst in einigen einleitenden Bemerkungen die Art und Technik der *Förster*schen *Operation* und berichtet über seine eigenen Erfahrungen, nach denen es sich doch um einen großen Eingriff handelt, der nur in schwereren Fällen in Erwägung gezogen werden soll. Er stellt dann vor:

1. Einen 8jährigen Jungen, der vor 5 Monaten zweiseitig operiert wurde, und zwar wurden jederseits die 2., 3., 5. Lumbalwurzel und 2. und 3. Sakralwurzel durchtrennt. Während der Junge früher vollständig hilflos war, da es sich um eine schwerste spastische Starre aller vier Extremitäten sowie der Rumpfmuskulatur handelte, geht er jetzt selbständig an Krücken umher, kann wieder allein stehen und isolierte Beinbewegungen ausführen.

2. Ein 7jähriges Mädchen, das an schwerster spastischer Parese der unteren Extremitäten litt und vor 2½ Monaten einseitig, mit besonders konstruierter Säge für die Laminektomie, operiert wurde. Es wurden links die 2., 3., 5. Lumbal- und 1. und 2. Sakralwurzel, rechts die 2., 3., 4. Lumbal- und 1. und 2. Sakralwurzel reseziert. Die Spasmen sind so gut wie beseitigt, das Kind ist beim Gehen nicht mehr durch dieselben behindert. Auch diese Patientin hat durch die Operation wieder eine eigene Lokomotionsfähigkeit gewonnen, während sie sich vorher nur mit Unterstützung mühevoll einige Schritte fortbewegen konnte.

Für die Operation sind drei Punkte wichtig: 1. Rasche und schonende Durchtrennung der Wirbelbogen, was mit der von G. konstruierten Säge gut gelingt; 2. Beschränkung der Blutung aus den Weichteilen durch Injektion von 0·5% Novokain-Suprarenin-Lösung in die Muskeln längs der Lendenwirbelsäule; 3. Durchtrennung der Muskulatur in großen Zügen ohne subtile Skelettierung der einzelnen Wirbelbogen, um jede unnötige Zerrung zu vermeiden.

Dann gelingt auch die einzeitige Operation ohne Gefahr, wie der letzte Fall beweist.

H. E. Knopf (Frankfurt a. M.): *„Über Asthma bei Kindern"*.

Die großen Fortschritte der pathologischen Anatomie, die uns das vorige Jahrhundert brachte und denen die medizinische Wissenschaft kaum einen Fortschritt von gleicher Bedeutung an die Seite zu setzen hat, haben auf dem Gebiete der Neurologie einzelne Rückschritte herbeigeführt.

Und hierher gehört die Lehre vom Asthma.

Die damals lebende Ärztegeneration war durch die überraschenden Aufschlüsse, welche die fortschreitende pathologische Anatomie brachte, gewöhnt worden, Krankheitsbilder, die bis dahin wenig Gemeinsames darzubieten schienen, als zusammengehörig betrachten zu müssen. Und so glaubte man auch hinter dem Symptomenkomplex des Asthmas eine pathologisch-anatomische Entität vermuten zu müssen. Bei Tausenden von Asthmatikern wartete man auf den Tod, um bei der Sektion die pathologisch-anatomische Grundlage des Asthmas feststellen zu können.

Im ganzen kamen aber nur 4 Fälle zur Sektion. Diese geringe Zahl allein beweist, daß das Asthma keine Krankheit ist, an der ein Mensch stirbt, und die sehr genauen Sektionsprotokolle der 4 Fälle ergaben deutlich, daß ein pathologisch-anatomischer Krankheitsbefund nicht vorliegt, der das Asthma als Krankheit sui generis betrachten lassen könnte. Nachdem die Hoffnung der Pathologen gescheitert war, eine pathologisch-anatomische Zusammengehörigkeit aller Fälle von Asthma festzustellen, suchten die Kliniker nach einem Zusammenhange zwischen sämtlichen Fällen von Asthma. Es gelang ihnen auch, eine Reihe von höchst interessanten Entdeckungen zu machen. Man fand

im Sputum der Asthmatiker die Charcot-Leydenschen Kristalle, die Curschmannschen Spiralen und eosinophilen Zellen. Die Entdeckung dieser Einzelheiten erregte das größte Aufsehen, und auf den vor 20 und 30 Jahren abgehaltenen Kongressen für innere Medizin standen die Debatten über diese Dinge im Mittelpunkte des Interesses.

Aber auch die Hoffnung, durch diese Symptome ein einheitliches Krankheitsbild des Asthmas zu erlangen, erwies sich als trügerisch. Die sämtlichen beobachteten Erscheinungen fanden sich auch bei anderen Lungenaffektionen, wenn auch nicht so konstant und so häufig miteinander vereinigt.

Nach all diesen Enttäuschungen ist man ganz langsam und bescheiden zu den alten Ansichten Laënecs und Trousseaus — welche übrigens beide selbst an Asthma litten — zurückgekehrt und betrachtet heute das Asthma nicht als eine Krankheit sui generis, sondern als einen Symptomenkomplex.

Dieser Symptomenkomplex, den man unter die Neurosen einreihen kann, hat folgende charakteristische Eigenschaften: 1. Er beruht stets auf einer angeborenen Schwäche und Reizbarkeit des Nervensystems. 2. Bei seiner Ätiologie spielen Angstvorstellungen, die sich als Erstickungsangst manifestieren, eine Hauptrolle. 3. Symptomatologisch äußert sich das Asthma als eine fehlerhafte Koordination im Gebiete der gesamten Atmungsmuskulatur, die so weit geht, daß einzelne Teile, die synergetisch wirken sollten, geradezu als Antagonisten wirken, wodurch der Effekt der tatsächlich starken Muskelanstrengung direkt annulliert wird.

Diese Einsicht in das Wesen des Asthmas, die, wie erwähnt, den alten Ärzten schon bekannt war, stellt nun keineswegs den Gipfel der Weisheit dar, vielmehr bleibt noch vieles im Wesen des Asthmas zu erforschen und es ist wohl anzunehmen, daß die zunehmende Einsicht dahin führen wird, daß wir einzelne Krankheitsbilder, die z. B. auf abnormer Funktion der Haut und der Schleimhäute beruhen, aus dem Gesamtbilde des Asthmas abtrennen lernen werden.

Vorläufig aber hat die bessere Einsicht den einen Nutzen gebracht, daß wir nicht mehr wie früher in trostlosem Nihilismus der Therapie des Asthmas gegenüberstehen, sondern daß an verschiedenen Stellen Heilungsversuche gemacht worden sind, die recht vielversprechende Resultate gezeitigt haben.

Die Therapie hat sich so zugestalten, daß zunächst die neurotische Anlage des Patienten im ganzen bekämpft wird, weshalb seine Aufnahme in ein Sanatorium womöglich für mehrere Monate zu empfehlen ist. Weiterhin ist der Einübung einer richtigen Atmung die größte Aufmerksamkeit zuzuwenden. Wenn dann der Patient so weit ist, daß er einen Asthmaanfall durch richtige Atemführung überwindet, so verschwindet auch bald das Angstgefühl und die Heilung ist in ihren Weg geleitet.

Bei Kindern, namentlich bei kleineren, kommt außer der Stärkung des Willens durch die Atmungsgymnastik auch noch die Massage in Betracht, wofür die schwedischen Masseure eine Reihe von Handgriffen erdacht haben, mit welchen sie sehr gute Erfolge erzielen sollen.

Vortragender, dem es früher überhaupt nicht bekannt war, daß es ein Kinderasthma gibt, beobachtete in den letzten 3 Jahren 24 Fälle von Asthma bei Kindern.

Die 5 Fälle, die er in Behandlung nahm, wurden sämtlich geheilt und scheinen auch nicht rückfällig zu werden, denn bei einzelnen dauert die Heilung schon über 1 Jahr an.

Damit soll natürlich nicht gesagt sein, daß Rückfälle ebenso wie mangelhafte Heilungen nicht auch beim Kinderasthma vorkommen können.

Diskussion: Sonnenberger (Worms) geht kurz auf die angebliche Ätiologie des Asthmas durch Drüsen- und Knochenaffektionen (namentlich der Rachenmandelhypertrophie) ein und schildert einen vor Jahren genau beobachteten Fall in eigener Familie, wo bei einem Kinde von 5 Jahren 12 Stunden nach Exstirpation der Rachenmandel ein typischer Asthmaanfall auftrat, der sich dann noch zweimal in Pausen von je 2 Monaten wiederholte, um dann spurlos zu verschwinden. Das betreffende Mädchen ist jetzt zirka 10 Jahre alt und erfreut sich einer vortrefflichen Gesundheit. Hierzu noch einige Bemerkungen über den Nutzen der Orthodontie im Kindesalter.

Koeppe (Gießen) weist auf den Zusammenhang des Asthmas mit der exsudativen Diathese hin unter Besprechung zweier Fälle, v. Mettenheimer (Frankfurt a. M.) auf den nicht seltenen Zusammenhang von Asthma und Dyspepsie.

Cahen-Brach hat öfter Asthma bei exsudativer Diathese mit Neigung zu Strophulus beobachtet und betont die günstige Wirkung der Freiluftliegekur, besonders im Winter.

Gernsheim fand einen Zusammenhang des Asthmas mit Obstipation, wie dies Ebstein nachgewiesen hat.

Knopf: Wie das Asthma in seinen Erscheinungen überhaupt ganz unberechenbar ist, so verhält es sich auch mit seinem ersten Auftreten. Es ist wohl möglich, daß eine Hals- oder Nasenoperation den ersten Anlaß zum Entstehen des Asthmas gibt. Auch ich hatte kürzlich einen Herrn in Behandlung, der seinen ersten Anfall unmittelbar im Anschlusse an eine Nasenoperation bekommen hatte. Schon solche Vorkommnisse sollten Rhinologen warnen vor operativer Polypragmasie.

Es wird mit und ohne Asthma viel zu viel an den Nasen operiert.

Beck hat das *Rumpel-Leede sche Scharlachphänomen* bei einer größeren Anzahl von Kindern nachgeprüft und dasselbe entsprechend den Angaben anderer Autoren bei den verschiedensten Erkrankungen und auch bei Gesunden positiv gefunden. Konstant aber und überaus intensiv war das Stauungsphänomen stets beim Scharlach. Zur Erkennung dieser Krankheit hat es dem Vortrag, in den mitgeteilten Fällen wertvolle differential-diagnostische Dienste geleistet. Becks Untersuchungen bestätigen, daß der negative Ausfall des Stauungsversuches als fast sicheres Kriterium gegen Scharlach, der positive Ausfall dagegen nur zusammen mit den übrigen Symptomen zu verwerten ist.

Koeppe hält auch das Phänomen für ein gutes Diagnostikum des Scharlachs, besonders bei leichten Scharlachfällen, da Schwierigkeiten in der diff. Diagnose gegen vierte Krankheit und gegen das Erythema infectiosum (Sticker) bestehen.

Beck hat im Laufe des Jahres 175 magendarmkranke Säuglinge mit *Eiweißmilch* behandelt und sehr gute Erfolge bei allen Arten der Ernährungsstörungen gehabt. An der Hand von ausgewählten Kurven werden verschiedene Einzelheiten besprochen. (Die Arbeit erscheint ausführlich im Jahrbuch für Kinderheilkunde.)

Großer (Frankfurt a. M.) weist auf die Gefahr des Hungers bei der Eiweißmilchernährung hin. Nach Heilung des Durchfalles müssen schnell Kohlehydrate zugegeben werden, damit gute Erfolge erzielt werden.

Feuchtwanger (Frankfurt a. M.): Zu Anfang unserer 1½jährigen Erfahrung mit Eiweißmilchdarreichung haben wir die Dosen von Eiweißmilch zu langsam gesteigert und zu wenig Zucker zugesetzt. Dadurch hatten wir in der Poliklinik starke Gewichtsstürze und Mißerfolge. In der Privatpraxis war der Erfolg trotz dieser Fehler bei einem schweren Fall von typischem Enterokatarrh und einem Falle von Milchnährschaden gut. Nachdem wir durch die neueren

Publikationen von Finkelstein gelernt haben, rascher mit der Eiweißmilch- und Zuckerdosis zu steigern, haben wir auch poliklinisch sehr gute Erfolge erzielt. Bei älteren (2- bis 3jährigen) Kindern, die auf verschiedene Nährgemische (Buttermilch, Malzsuppe usw. usw.) ungünstig reagierten, hatten wir mit 2 bis 3 Flaschen Eiweißmilch, Gemüse, Reisbrei, Eier und etwas Fleisch gleichfalls sehr günstige Resultate.

Cuno hat 1910 und 1911 im Dr. Christschen Kinderhospitale 75 Säuglingen Eiweißmilch gegeben. 1910 war der Erfolg nicht gut, von 27 Kindern starben 8 an ihrem Darmleiden. Die Ursache war zu späte Zuckerdarreichung. 1911 wurden die Modifikationen, die Großer in seinem Vortrage im Frankfurter ärztlichenVerein, Februar 1911, angab, befolgt und waren die Resultate der Eiweißmilchbehandlung bedeutend besser. Wenn wir von der Gesamtsumme der 48 Eiweißmilchkinder 8 abziehen, von denen 4 2 bis 4 Tage Eiweißmilch erhalten hatten, und 4 andere, die an Pneumonie, Lues, Nephritis und Stridulus gestorben waren, so bleibt für die 40 restierenden Kinder (16 Dekompositionen und 24 Dyspepsien) eine Mortalität von 5 Kindern übrig.

2 Kinder mußten wir mit Eiweißmilch entlassen.

Auch die Großersche Modifikation, bei Abgewöhnung von Eiweißmilch 2 Tage statt Nährzucker Milchzucker zu geben, wurde mit Erfolg angewandt. Unsere Ammen brauchen wir jetzt nur noch für die 1- bis 2monatigen Säuglinge.

Cahen-Brach wünscht der Eiweißmilch nach den großenteils glänzenden Erfolgen eine weitere Verbreitung auch bei den praktischen Ärzten. Ein Versagen der Eiweißmilch fand er in Fällen, die auch vor den akuten Erkrankungen eine starke Empfindlichkeit gegenüber der gewöhnlicher Milch gezeigt hatten, so daß Kinder von ½ Jahr nicht mehr als ½ l vertrugen. Hier bewährte sich Pflanzeneiweiß (Glidine) in Haferabkochung.

v. Mettenheimer: *„Demonstrationen".*

1. Röntgenbilder von Erkrankungen des Skelettes: Rachitis gravis, Lues, Barlow (2 Fälle), angeborener Hochstand der rechten Schulter, ferner Splenomegalia rachitica. 2. 10jähriges Mädchen mit Bantischer Krankheit. 14jähriges Mädchen mit juveniler Paralyse.

Diskussion: Benario (Frankfurt a. M.).

Feuchtwanger: *„Versuche über Vorstellungstypen".*

Verf. hat im Frankfurter psychologischen Institut an 3 Ärzten und 1 Psychologen (dem Assistenten des Instituts) Versuche über Vorstellungstypen (V.-T.) angestellt. Es haben sich dabei typische Unterschiede gefunden. Versuchsperson A. (Referent selbst), der von dem Psychologen untersucht wurde, gehört dem wortvisuellen Typus an, d. h. im Vergleiche zu anderen Versuchspersonen (Vp.) reagiert er am meisten in wortvisuellen Bildern (Schriftbildern). Die Vp. B., der Assistent des Instituts, dagegen reagierte vorwiegend mit akustischen Vorstellungen und kinästhetischen Empfindungen. Man unterscheidet 1. sachvisuelle, 2. wortvisuelle, 3. sachakustische, 4. wortakustische Vorstellungen, 5. taktil-motorische kinästhetische Sachvorstellungen und Empfindungen und 6. kinästhetische Wortvorstellungen und Empfindungen. Die typischen Unterschiede verwischen sich sehr oft und gehen ineinander über, trotzdem treten bei den verschiedenen Vp. manchmal, wie bei unseren Versuchen, typische Unterschiede auf. Durch zahlreiche Methoden, die in der Zeitschrift für Psychologie Bd. 58, S. 161, genau beschrieben sind, wurde eine Übereinstimmung der direkten und indirekten Methoden erzielt. Für die Pädagogik und Pädiatrie sind diese Unterschiede im Vorstellungsleben der Kinder sehr wichtig. Es sind solche Untersuchungen ein

Mosaikstein im Bau einer künftigen Begabungsforschung. Es sollten sich die Pädiater mit solchen psychologischpädagogischen pädiatrischen Grenzfragen eingehend beschäftigen.

Otto Mareus (Frankfurt a. M.) spricht über *a) Schilddrüsenvergrößerung im schulpflichtigen Alter; b) Lymphdrüsenschwellung in der seitlichen Brustgegend; c) ein neues Fallschutzleibchen.*

Besprechungen.

A. P. Gundobin. *Die Besonderheiten des Kindesalters.* (Grundlegende Tatsachen zur Erkenntnis der Kinderkrankheiten.) (Deutsche Ausgabe von **S. Rubinstein,** Riga. Vorwort von Langstein, Berlin.) (Berliner allg. med. Verlagsgesellschaft.)

Man wußte vom Hörensagen von der Existenz des Gundobinschen Werkes. Ein gelegentlich in deutscher Sprache publiziertes Kapitel ließ erkennen, welch eine Fülle von Material darinnen sich barg, aber mit Bedauern mußte man sich damit abfinden, daß dieses, allem Anscheine nach vortreffliche Buch der westeuropäischen Kultur vorenthalten blieb.

Nunmehr liegt jedoch, von Gundobin selbst veranlaßt und gefördert, eine deutsche Übersetzung vor. Sie beweist, daß es sich in der Tat um ein vortreffliches Buch handelt, das seinen Platz ohne Zweifel unter den ersten und besten Erzeugnissen der deutschen pädiatrischen Literatur erhalten wird.

Freilich haften ihm gewisse Mängel an, an denen eine objektive Kritik nicht vorübergehen darf. Sie liegen sowohl beim Autor wie beim Übersetzer. Der Autor verspricht: Grundlegende Tatsachen zur Erkenntnis der Kinderkrankheiten. Die finden wir auch, aber wir finden wirklich nichts anderes als nackte Tatsachen, die durch kein Band einer fließenden Darstellung zusammengefaßt sind — Tatsache reiht sich an Tatsache, Zahl an Zahl, alles ist nach Schablone und System fein säuberlich durchforscht, mit dem Neugeborenen beginnend und durchgeführt bis zu den Besonderheiten der Nase im Kindesalter. Was für ein reizvoller Vorwurf liegt nicht in dem Thema der Besonderheiten des Kindesalters! Was hätte nicht ein formgewandter Autor aus diesem Stoffe gestalten können! So aber, wie das Buch jetzt geschrieben ist, wird jeder es bald beiseite legen, der nicht unbedingt gezwungen ist, sich daraus Rat zu holen.

Auch die Übersetzung ist von gewissen Mängeln nicht frei. Der geringste davon ist die Verstümmelung der Eigennamen (Schhlößmann, Neuretter, Tolquist, Hoffmeier usw.). Schwerer fällt die ungenügende Komplettierung des Inhaltes auf den Stand unserer heutigen Kenntnisse ins Gewicht. Die deutsche Ausgabe sollte keine

bloße Übersetzung des russischen Originals sein, sondern sollte — nach Gundobins Absicht — durch neuerschienene Arbeiten ergänzt und vervollständigt werden. Bei diesem Vorhaben hat sich der Herausgeber leider von einem allzu großen Bestreben nach Kürze leiten lassen. Es wäre jedoch ungerecht, wollte man durch diese Ausstellungen seine Verdienste schmälern.

Nun zu dem Buche selbst! Es ist die Frucht und der denkbar schönste Preis der Tätigkeit Gundobins als akademischer Lehrer. Als er sein Lehramt antrat, ging er in systematischer Arbeit daran, die Besonderheiten des Kindesalters zu erforschen, indem er nach und nach jedes Gebiet zum Gegenstande von Dissertationen machte. An die 100 Schüler fügten in emsiger Kleinarbeit Stein zu Stein und daraus schuf der Lehrer das imponierende Gebäude eines Handbuchs der Anatomie und Physiologie des Kindesalters. Als zerstreute Dissertationen wären die Arbeiten seiner Schüler wahrscheinlich bald verschollen und verloren gegangen — so sind sie der Wissenschaft erhalten geblieben. Wenn auch nicht alle von gleichem Wert, sind doch einzelne darunter, die eine hervorragende Bedeutung haben. In der Hauptsache haben sie anatomische und physiologisch-anatomische Fragen zum Gegenstande. Sie bilden eine willkommene Ergänzung der Vierordtschen Tabellen und wahrscheinlich wird es notwendig sein, viele unserer anatomischen Daten über das Kindesalter einer Korrektur und Ergänzung nach Gundobins Angaben zu unterziehen. Klinische Fragen treten in den Hintergrund. Wo sie in den Bereich der Erörterung gezogen werden, findet man nicht immer ganz moderne Anschauungen. Wir weisen z. B. hin auf das Kapitel über die Tonsillen, ferner auf die Erkrankungen der Milz und ihren Zusammenhang mit Ernährungsströmungen im Säuglingsalter (S. 176) u. a. m. Einen geringen Umfang nehmen physiologisch-chemische Arbeiten ein. Bei ihnen vermißt man außerdem häufig die Angabe, vermittels welcher Methodik die Untersuchungsergebnisse gewonnen wurden.

Die Hauptbedeutung des Buches liegt nach der anatomischen Seite hin. Da sind die gebotenen Untersuchungen schlechterdings unantastbar und von dauerndem Werte für alle Zeiten. Sie bilden für den Forscher eine Fundgrube reichhaltigsten wissenschaftlichen Materials. In dieser Beziehung ist Gundobins Werk eine einzig dastehende Schöpfung. Wenn wir es oben als eine für den Praktiker wenig geeignete Lektüre erklärten, so müssen wir es anderseits als ein für den wissenschaftlich arbeitenden Mediziner — für jeden, nicht bloß für den Pädiater — unentbehrliches Werk bezeichnen.

Birk (Kiel).

Verhandlungen der 28. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der Abteilung für Kinderheilkunde der 83. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsruhe 1911. (Herausgegeben von Prof. Dr. H. Brüning. Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1912.)

Unter bewährter Redaktion sind wiederum die Verhandlungen erschienen, gut ausgestattet und mit zahlreichen Abbildungen (31 im Texte und 15 Tafeln). Keller.

Inhalt.

Gallus. *Sammelreferat über die ophthalmologische Literatur 1911 1.* — **Wachenheim.** *Amerikanische Literatur über Poliomyelitis 1911, II. Semester 10.* — **Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene. Flore** und **Franchetti** *13.* — **Flore. Basch** und **Rohn.** *Thymus 14.* — **Kern.** *Umbau der Nebenniere 15.* — **Masay.** *Temperatur Frühgeborener 16.* — **Lovati.** *Übergang medikamenlöser Substanzen in die Zerebrospinalflüssigkeit 16.* — **Sill.** *Jodtinktur 16.* — **Bertling.** *Urethan 16.* — **Lublinski.** *Menthol 17.* — **Mayrhofer.** *Kinderzahnarzt 17.* — **Czerny.** *Desodorierung 17.* — **Ernährung und Stoffwechsel. Köppe.** *Ernährung 17.* — **Franz.** *Stillen 17.* — **Mayerhofer** und **Pfibram.** *Ernährung mit konservierter Frauenmilch 18.* — **Neff.** *Künstliche Ernährung 18.* — **Heiman. Beck. Benfey.** *Eiweißmilch 19.* — **Finkelstein.** *Molkenarme Milch bei Ekzem 20.* — **Morse.** *Malz und Kasein 20.* — **Schulz.** *Übergang von Kieselsäure in die Milch 20.* — **Hess.** *Kalorienbedarf frühgeborener Kinder 21.* — **Schloßmann.** *Respiratorischer Stoffwechsel 21.* — **Du Bois. Howland** und **Cooke.** *Apparat für Stoffwechselversuche 22.* — **Kastner** und **v. Pfaundler.** *Körpervolumen und spezifisches Gewicht 22.* — **Schloss.** *Wirkung der Salze 24.* — **Schulz.** *Wachstum und osmotischer Druck 27.* — **Freeman.** *Intestinaler Infantilismus 27.* — **Graham.** *Pylorusstenose 27.* — **Klinik der Kinderkrankheiten. v. Müllern** und **Grossmann.** *Primärerkrankungen der hämatopoetischen Organe 28.* — **Tileston.** *Mikuliczsche Krankheit 28.* — **Cannata** *28.* **Goussis.** *Purpura haemorrhagica 29.* — **d'Oelsnitz. d'Oelsnitz** und **Paschetta.** *Thymushyperlrophie 29.* — **Dibbelt.** *Rachitis 29.* — **Schabad** und **Sorochowitsch.** *Lebertranwirkung 30.* — **Roux.** *Kraniotabes 31.* — **Alger.** *Ophthalmia neonatorum 31.* — **Rehn.** *Icterus neonatorum 31.* — **Heller.** *Strabismus 31.* — **Apert** und **Leblanc.** *Sklerodermie 32.* — **Perlmann.** *Ekzembehandlung 32.* — **Pick.** *Impetigo 32.* — **Forell.** *Entzündliche Herzerkrankungen 32.* — **Killian.** *Bronchoskopie 32.* — **Ssokolow.** *Pneumograph 33.* — **Kreuzfuchs.** *Radiologische Untersuchung der Lungenspitzen 33.* — **Ullom.** *Katarrhalische Laryngitis 33.* — **Bortz. Blühdorn.** *Angina 33.* — **Winslow. Darling. Richardson. Goodale.** *Epidemie von septischer Angina 34.* — **Dreyfuß.** *Serumlod und Anaphylaxie 34.* — **Dietrich** *34.* **Neufeld. Martens. Hoesch.** *Diphtherie 35.* — **Bernhardt. Höfer** *35.* **Kolmer. Silberstein. Preisich.** *Scharlach 36.* — **Hektoen** und **Eggers.** *Masern 37.* — **Klotz. Wittich** *37.* **Park** und **Krumwiede** *38.* **Flore. Engel** *39.*

Wilms. *Tuberkulose 40.* — **Alexander. Knöpfelmacher** und **Schwalbe** *40.* **Rach. Noeggerath** *41.* **Bornstein. Biermann.** *Syphilis 42.* — **Schulz. Rygier.** *Arthrigon 43.* — **Müller** *43.* **Müller. Mayer.** *Poliomyelitis 44.* — **Hahn.** *Chorea minor 44.* — **Peritz.** *Enuresis nocturna 44.* — **Cattaneo.** *Neurosen des Verdauungskanals 45.* — **Counellman** und **Dunn.** *Myatonia congenita 45.* — **Finkbeiner.** *Neandertalmerkmale bei Kretinen 46.* — **Flore.** *Zerebellarer Tumor 46.* — **Flore.** *Zerebellarer Abszeß 49.* — **Roman.** *Tumoren des Knochenmarks 50.* — **Gümbel.** *Nierendekapsulation 51.* — **Huber.** *Drainagerohr in der Pleurahöhle 51.* — **Fürsorge. Pfaundler.** *Hungernde Kinder 51.* — **Hohlfeld. Brüning.** *Säuglingsfürsorge 51.* — **Kerley.** *Ausbildung von Nursery Maids 52.* — **Berichte. Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin** *52.* — **Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte** *62.* — **Besprechungen. Gundobin.** *Besonderheiten des Kindesalters 69.* — *Verhandlungen der Abteilung für Kinderheilkunde 70.*

Inhalt des Aprilheftes der Originalien-Abteilung.

Seite

Dr. P. P. Eminet. *Eine Antwort auf die Arbeit von Dr. Giovanni Zanelli: „Contributo alla conoscenza dell' allimentatione naturale ed artificiale del lattante"* 1

Dr. J. A. Schabad und **R. F. Sorochowitsch.** *Zur Frage vom Wesen der günstigen Wirkung des Lebertrans bei Rhachitis* 4

Prof. E. Moro. *Zur Diätetik der Skrofulose* 21

Dr. Max Klotz. *Über den differenten peptischen Abbau von Weizen und Hafer* 29

Dr. E. Weinrich. *Beitrag zur Kenntnis der Urotropin-Sekretion und Resorption im Liquor cerebrospinalis und die Bedeutung derselben für die Hydrozephalus-Frage* 38

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny	Göppert	Knöpfelmacher	Moro	Thiemich	Tobler
Straßburg	Kattowitz	Wien	Heidelberg	Magdeburg	Breslau

Berend	Comba	Johannessen	Koplik	Marfan	Thomson	Wieland
Budapest	Florenz	Kristiania	New-York	Paris	Edinburg	Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XI. **Referate.** Nr. 2.

Die Arbeiten auf dem Gebiete der Milchwissenschaft und Molkereipraxis im Jahre 1911, I. und II. Semester[1]).

Sammelreferat von **Dr. W. Grimmer**, Dresden.

E. Abderhalden. Weiterer Beitrag zur Kenntnis der bei der partiellen Hydrolyse von Proteinen entstehenden Spaltprodukte. Zeitschr. f. physiol. Chem., LXXII, 1, 1911.

E. Abderhalden und Fr. W. Strauch. Weitere Studien über die Wirkung der Fermente des Magensaftes II. Zeitschr. f. physiol. Chem., LXXI, 315, 1911.

E. Ackermann. Über die Beziehungen des Lichtbrechungsvermögens und des spezifischen Gewichtes des Milchserums. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, XXII, 405, 1911.

H. Agulhon. Action des rayons ultraviolets sur les diastases. Compt. rend., CLII, 398, 1911.

O. Allemann. Zur Frage des Einflusses von Düngung und Fütterung auf die Milchbeschaffenheit. Schweizerische Milchztg., 1911, Nr. 67, 71, 72, 74.

O. Allemann und W. Müller. Über den Chemismus der Labwirkung mit besonderer Berücksichtigung der Emmentalerkäsefabrikation. Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 385, 1911.

---

[1]) Zu meinem größten Bedauern ist Herr Professor R. W. Raudnitz, der seit dem Bestehen der Monatsschrift unser treuer Mitarbeiter gewesen ist, gezwungen, die Redaktion des Sammelreferates abzugeben, und unsere wiederholten Bitten haben nicht vermocht, ihn von seinem Entschlusse abzubringen. Ich glaube des Einverständnisses aller Leser der Monatsschrift gewiß zu sein, wenn ich in unser aller Namen Herrn Professor Raudnitz für die langjährige Mitarbeit sowie für die musterhafte Führung des Sammelreferates, welches in seiner ganzen Art nach Inhalt und Form für Sammelreferate geradezu vorbildlich geworden ist, verbindlichsten Dank sage. A. Keller.

P. Ancel et P. Bouin. Recherches sur les fonctions des corps jaunes gestatifs. Journ. de Physiol. et Pathol. générales, 1911, 31.

Angelici. La clinica vet. 1911, S. 388.

Aschner und Grigorin. Plazenta, Fötus und Keimdrüse in ihrer Wirkung auf die Milchsekretion. Arch. f. Gynäkol., LXXXXIV, H. 3, 1911.

W. Autenrieth und A. Funk. Über eine kolorimetrische Bestimmung des Milchzuckers im Harn und in der Milch. Münchner med. Wochenschr., LVIII, 1717, 1911.

A. Auzinger. Über die Alkoholprobe der Milch und die Verwendung von Brennspiritus zur Ausführung derselben. Molkereiztg., Berlin, XXI, Nr. 4, 1911.

N. D. Awerkijew. Über ein tierisches Alkaloid aus sterilisierter und unter bestimmten Bedingungen aufbewahrter Milch. Zeitschr. f. physiol. Chem., LXXII, 347, 1911.

S. H. Ayers und W. T. Johnson jr. U. S. Dep. of Agric. Bur. of animal Industry, CXXVI, 7, 1910.

A. Bach (1). Zur Kenntnis der Reduktionsfermente. I. Über das Schardingerenzym (Prohydridase). Biochem. Zeitschr., XXXI, 443, 1911.

A. Bach (2). Zur Kenntnis der Reduktionsfermente. II. Reduktion der Nitrate durch das System Perhydridase, Aldehyd, Wasser. Biochem. Zeitschr., XXXIII, 282, 1911.

A. Backe, Wiborg und Röer. The Analyst, XXXVI, 138, 1911.

H. Bahrdt und F. Edelstein. Ein Beitrag zur Kenntnis des Eisengehalts der Frauenmilch und seiner Beziehungen zur Säuglingsanämie. Zeitschr. f. Kinderheilk., I, 182, 1910.

J. L. Baker und H. F. E. Hulton. The Analyst, XXXV, 512, 1910.

F. Ballner und K. v. Stockert. Einige Bemerkungen über Trockenmilch. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, XXII, 648, 1911.

I. Bang. Über den chemischen Vorgang bei der Milchgerinnung durch Lab. Skandin. Arch. f. Physiol., XXV, 105, 1911.

B. Bardach und S. Silberstein. Über das auf Alkalieinwirkung beruhende Verfahren der polarimetrischen Zuckerbestimmung. Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- u. Genußmittel, XXI, 540, 1911.

Chr. Barthel (1). Zwei Fälle von schleimiger Milch. Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II, XXVIII, 614, 1910.

— (2). Die Reduktaseprobe verglichen mit anderen milchhygienischen Methoden. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, XXI, 513, 1911.

Chr. Barthel und O. Stenström. Die Widerstandskraft von Tuberkelbazillen gegen Erhitzen in Molke. Molkereiztg., Berlin, 1911, Nr. 44.

K. Basch. Einige viskosimetrische Beobachtungen an der Milch des Menschen. Wiener klin. Wochenschr., 1911, Nr. 46.

H. Bauer. Untersuchungen über die Oberflächenspannungsverhältnisse in der Milch und über die Natur der Hüllen der Fettkügelchen. Biochem. Zeitschr., XXXII, 362, 1911.

J. Bauer. Über den Befund von Kuhmilchkasein in Säuglingsstühlen. Monatsschr. f. Kinderheilk., X, 239, 1911.

J. Bauer und St. Engel. Über die chemische und biologische Differenzierung der drei Eiweißkörper in der Kuh- und Frauenmilch. Biochem. Zeitschr., XXXI, 46, 1911.

J. Bauer und M. Sassenhagen. Der forensische Nachweis des Frischmilchendseins der Kühe. Berliner Tierärztl. Wochenschr., XXVII, 141, 1910.

A. Bauereisen. Zur Frage der biologischen Differenzierung der Milcheiweißkörper. Zeitschr. f. Immunitätsforschung u. exper. Ther., X, 306, 1911.

F. Berka. Untersuchungen über menschliches Kolostrum. Virchows Arch., CCV, 59, 1911.

A. Bernstein. Herstellung von Kindermilch aus Kuhmilch. D. R. P. 231.923.

G. Bertrand. Observations à propos d'une note relative à l'action du ferment bulgare sur les matières protéiques. Compt. rend. CLI, 1161, 1910. Bull. soc. chim. de France, IX, 103, 1911.

G. Bertrand und R. Veillon. Action du ferment bulgare sur les acides monobasiques dérivés des sucres réducteurs. Compt. rend. CLII, 330, 1911.

A. Besredka. De l'antianaphylaxie par la voie digestive. Compt. rend. soc. biol., LXX, 203, 1911.

A. Bickel. Milchsterilisierung und Milchkühlung im Haus. Molkereiztg., Berlin, XXI, Nr. 23, 1911.

Bickel und Roeder. Milchkühlung und Säuglingsschutz. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, IV, 161, 1911.

A. Biedl und R. Königstein. Untersuchungen über das Brustdrüsenhormon der Gravidität. Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Ther., VIII, 358, 1910.

W. Birk (1). Die Bedeutung des Kolostrums, Analysen und Stoffwechsel, III. Mitteilung. Monatsschr. f. Kinderheilk., IX, 595, 1911.

— (2). Beiträge zur Physiologie des neugeborenen Kindes. IV. Stoffwechsel des Kindes während der ersten Lebenstage bei künstlicher Ernährung. Monatsschr. f. Kinderheilk., X, 1, 1911.

G. Boekstegers. Studien über die Stickstoffverteilung im Urin bei Milchernährung. Diss., Gießen, 1910.

F. Bordas. Ann. des Falsif., IV, 301, 1911.

Bordas und Touplain (1). Compt. rend., CLII, 899, 1911.

— (2). Compt. rend., CLII, 1127, 1911.

— (3). Sur l'acidité originelle du lait. Compt. rend., CLII, 1274, 1911.

A. und A. Bernstein. Über Salvarsan in der Milch. Deutsche med. Wochenschr., XXXVII, 1520, 1911.

K. Bornstein. Stoffwechselversuche mit Albulaktin bei künstlich genährten Säuglingen. Arch. f. Kinderheilk., LVI, 16, 1911.

R. S. Bread, J. Reed, Stedger. Die normale Zahl von Körperzellen in Kuhmilch. Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II, XXXII, 196, 1912.

Chas. F. Briscoe und W. J. Mac Neal. Tuberculosis of farm animals. Univ. of Illinois, Agric. Exper. Station, Bull., CXLIX, Februar, 1911.

Brückner. Die Stellung der Eselinmilch in der Diätetik des Säuglings. Fortschr. d. Med., XXVIII, 1911.

Th. Brugsch und N. Masuda. Über das Verhalten des Dünndarmsaftes und -extraktes, ferner des Extraktes einiger Bazillen (Koli, Streptokokken) gegenüber Kasein, Lezithin, Amylum. Zeitschr. f. exper. Pathol., VIII, 617, 1911.

F. Buchwald. Berechnung der Fettmenge in der Milch. Biochem. Zeitschr., XXXV, 30, 1911.

Buffet-Delmas. Scarlatine maternelle et nourrisonss. Arch. de Med. des enfants, Febr., 1911.

S. Bull. Journ. of industr. and Engin. Chem., III, 44, 1911.

A. Burr. Über Zusammensetzung und Beurteilung von Trockenmilchpräparaten. Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 118, 1911.

S. Cannata und N. Mitra. Einfluß einiger Milchfermente auf Vitalität und Virulenz verschiedener pathogener Mikroorganismen. Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., I, LVIII, 160, 1911.

Cassel. Ann. des Falsif., IV, 436, 1911.

Chambrelent und Chevrier. Recherche de l'arsenic dans le lait d'une chèvre soumise à une injection intraveineuse de salvarsan. Compt. rend. soc. biol., LXXI, 136, 1911.

U. Clauss. Der Einfluß der Verabreichung verminderter Nährstoffmengen auf die Milchsekretion. Mitt. d. landwirtsch. Instituts d. Univ. Leipzig, H. 10, 165, Berlin, Parey, 1911.

C. Coleschi. Arch. Farm. sperim., X, 254, 1910.

P. Cohnheim. Experimentell vergleichende Untersuchungen über den klinischen Wert der neueren Magenfermentproben und die Wesenseinheit von Lab und Pepsin. Arch. f. Verdauungskrankh., XVI, 627, 1910.

L. Concetti. Ipotiroidismo e distiroidismo nell' età infantile. Riv. Clin. Pediatr., VIII, 81, 1911.

E. Couvreur. L'action du lab est-elle un dedoublement? Compt. rend. soc. biol., LXX, 23, 1911.

H. P. Cranfield. The Analyst., XXXVI, 445, 1911.

L. Cruveilhier. Procédé des vaccinations subintrantes de Besredka appliqué à l'anaphylaxie lactée. Compt. rend. Soc. biol. LXX, 124, 1911.

W. van Dam. Über die Bindung von Milchsäure durch Kasein. Chem. Werkbl., VII, 1013, 1910.

P. Darbois. Résistance du Micrococcus melitensis pendant la fermentation lactique dans le laitage. Compt. rend. soc. biol.l LXX, 102, 1911.

H. Davidsohn. Beitrag zum Chemismus des Säuglingsmagens. Zeitschr. f. Kinderheilk., II, 420, 1911.

E. Desbarrières. Ann. des Falsif., IV, 433, 1911.

Dornic und Daire. Ann. des Falsif., III, 533, 1910.

J. J. van Eck. Über das Verhalten der Kuhmilchperoxydase beim Erhitzen. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, XXII, 393, 1911.

W. Edmunds. Treatment of graves disease with the milk of thyroidless goats. Lancet, (2) 1619, 1911.

J. Effront (1). Actions du ferment bulgare sur les substances proteiques et amidées. Compt. rend., CLI, 1007, 1910.

— (2). Compt. rend., CLII, 463, 1911.

A. G. Emery und Fr. G. Benedict. The heat of combustion of compounds of plysiological importance. Americ. Journ. of physiol., XXVIII, 301, 1911.

St. Engel u. A. Bode. Zur Kenntnis des Kolostralfetts. Zeitschr. f. physiol. Chem., LXXIV, 169, 1911.

St. Engel und H. Murschhauser (1). Über die Zusammensetzung der Frauenmilch bei Nephritis. Zeitschr. f. physiol. Chem., LXXIII, 101, 1911.

— (2). Über den Einfluß des Harnstoffs auf das Blut und die Milch stillender Frauen. Zeitschr. f. physiol. Chem., LXXIII, 131, 1911.

St. Engel und L. Turneau. Über eine Reaktion des Urins von Brustkindern. Berliner klin. Wochenschr., XLVIII, Nr. 1, 1911.

J. Felländer. Ist die Eklampsie eine anaphylaktische Erscheinung? Zeitschr. f. Geburtshife, LXVIII, 26, 1911.

G. Fendler und C. Borkel. Alkoholprobe und Säuregrad der Milch. Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- u. Genußmittel, XXI, 477, 1911.

O. Fettick. Wie ist die tierärztliche Kontrolle eines Viehbestandes in Hinsicht auf die Milchproduktion am besten zu ordnen und auszuüben? Molkereiztg., Berlin, Nr. 33. 1911,

— Erdbeergeruch erzeugendes Bakterium (Pseudomonas fragaroidea Huss) als Ursache eines Milchfehlers. Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene, XXI, 200, 1911.

A. Filia. L'eliminazione dell' acido urico per ill latte. Biochim. e Terap. Sperim., II, 395, 1911.

G. Fingerling (1). Beiträge zur Verwertung von Kalk- und Phosphorsäureverbindungen durch den tierischen Organismus. I. Einfluß kalk- und phosphorsäurearmer Nahrung auf die Milchsekretion. Landwirtschaftl. Versuchsstat., LXXV, 1, 1911.

— (2). Weitere Untersuchungen über den Einfluß von Reizstoffen auf die Milchsekretion. Landwirtschaftl. Versuchsstat., LXXIV, 163, 1911.

G. Fingerling (3). Die Verwertung der in den Futtermitteln enthaltenen Phosphorverbindungen durch Wiederkäuer. Biochem. Zeitschr., XXXVII, 266, 1911.

— (4). Beiträge zur Physiologie der Ernährung wachsender Tiere. 2. Die Verwertung des Eiweißes durch Saugkälber. Landwirtschaftl. Versuchsstat., LXXIV, 57, 1910.

G. Finizio. Sulla digestione gastrica dei grassi nel lattante. La pediatria, XVII, 1, 1911.

H. Finkelstein und L. F. Meyer. Zur Technik und Indikation der Ernährung mit Eiweißmilch. Münchener med. Wochenschr., 340, 1911.

E. Fleurent und L. Lévi. Compt. rend, CLII, 1015, 1911.

W. Freund. Einwirkung von Ozon auf Milch und Molkereiprodukte. Chemikerztg., XXXV, 905, 1911.

A. Frouin. Ann. de Chim. anal. appl. XVI, 454, 1911.

E. Fuld. Über den klinischen Wert der Magenfermentproben. Arch. f. Verdauungskrankh., XVII, 47, 1911.

A. Funaro und L. Musante. Ann. des Falsif., IV, 403, 1911.

L. Garnier. Influence du bichromate de potassium sur certains éléments analytiques du lait. Journ. Pharm. Chim., III, 55, 1911.

L. Gaucher. Compt. rend., CLIII, 891, 1911.

Gilruth. Acute contagious mastitis in cows due to the bazillus lactis aerogenes. Veterinary Journ., LXVII, 217, 1911.

J. Golding. The Analyst, XXXVI, 203, 1911.

Fr. Graetz. Experimentelle Studien über die Beziehungen zwischen Milch, Kolostrum und Blutserum des Rindes. (Zugleich ein Beitrag zur Frage der Eiweißdifferenzierung in den Körperflüssigkeiten der gleichen Tierart.) Zeitschr. f. Immunitätsf. u. exper. Ther., IX, 677, 1911.

C. M. Greco. Ricerche sulla funzione dello stomaco del bambino lattante. La pediatria, XVIII, 161, 1911.

Grimmer (1). Bemerkungen zu der Arbeit von W. D. Kooper: Untersuchungen über die Katalase. Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 314, 1911.

— (2). Zur Kenntnis der Milchperoxydase. Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 395, 1911.

P. Grosser (1). Erfahrungen mit Eiweißmilch. Zeitschr. f. Kinderheilk., II, 448, 1911.

— (2). Ein Beitrag zur Bewertung des Albumingehaltes der Frauenmilch. Jahrb. f. Kinderheilk., LXXIII, 101, 1911.

H. K. Günther. Unterscheidung von roher und gekochter Milch. Molkereiztg., Hildesheim, 1911, Nr. 75. (Guajakprobe, nichts Neues.)

O. Guth. Wie ist die tierärztliche Kontrolle eines Viehbestandes in Hinsicht auf die Milchproduktion am besten zu ordnen und auszuüben? Deutsche Tierärztl. Wochenschr., XIX, 403, 1911. (Referat für den 5. internationalen Kongreß für Milchwirtschaft, Stockholm, 1911.)

E. Gutzeit. Über die angebliche Vermehrung der Bakterien in der Milch durch mechanische Einwirkung. Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 193, 1911.

H. Hager. Beiträge zur Kenntnis und Beurteilung der Ziegenmilch. Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 19, 1911.

R. Halberstadt. Über Idiosynkrasie der Säuglinge gegen Kuhmilch. Arch. f. Kinderheik., LV, 105, 1911.

O. Hammarsten. Über die Darstellung von pepsinarmen oder pepsinfreien Chymosinlösungen. Zeitschr. f. physiol. Chem., LXXIV, 142, 1911.

R. Hanne. Die Kochpasteurisierung von Kindermilch im Hamburger Milchpasteur. Gesundheitsingenieur, XXXIV, 489, 1911.

J. Hansen. Zweiter Bericht vom Dikopshof. Berlin, Parey, 1911, 430 S. u. 14 Tafeln.

H. A. Harding. Publicity and payment based on quantity as factors in improving a city milk supply. New York Agric. Exper. Stat., Geneva, New York, Bull 33 1 7. April 1911.

H. A. Harding, J. K. Wilson und G. A. Smith. The modern milk pail. New York Agric. Exper. Station, Geneva, New York Bull. 326, Dezember 1910.

E. Hartje. Über den Einfluß des Zuckers auf die Darmflora der Kinder. Jahrb. f. Kinderheikl., LXXIII, 557, 1911.

J. F. B. van Hasselt. Notiz zur Pepsinchymosinfrage. Zeitschr. f. physiol. Chem., LXX, 171, 1910.

S. G. Hedin (1). Über das Labzymogen des Kalbsmagens. Zeitschr. f. physiol. Chem., LXXII, 187, 1911.

— (2). Über spezifische Hemmung der Labwirkung und über verschiedene Labenzyme. Zeitschr. f. physiol. Chem., LXXIV, 242, 1911.

H. Helbig. Zur Physiologie der Milchsekretion. Monatsschr. f. Kinderheilk., X, 391, 1911.

W. Henneberg. Trockene oder flüssige Yoghourtpräparate? Zeitschr. f. Spiritusindustrie, XXXIV, 556, 1911.

Heuner. Untersuchungen zur Biologie der Milch mittels der anaphylaktischen Methode. Arch. f. Kinderheilk., LVI, 358, 1911.

Hess. The subsequent health of children, who drank milk containing tubercle bacilli. Journ. of the Americ. med. assoc., LVI, 1322, 1911.

Hesse. Prüfung der Gerberschen und Funkeschen Katalaseprüfer. Molkereiztg., Berlin, 1911, Nr. 1 und 2.

Hesse und W. D. Kooper. Liegt den Erscheinungen der sogenannten Peroxydase ein Ferment zugrunde? Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, XXI, 385, 1911.

Hewlett, Villar und Revis. On the nature of cellular elements present in milk. III. The milk of animals other than the cow. Journ. of Hygiene, XI, 97, 1911.

C. Himmel. Die Milchversorgung des Kurortes Davos. Verlagsanstalt Davos 1911.

H. Höft (1). Welche Einflüsse wirken auf das spezifische Gewicht der Labmolken ein? Molkereiztg. Hildesheim, 1911, Nr. 84.

— (2). Beitrag zur Prüfung der Frage, ob Cornalbas Regel von der Konstanz löslicher Bestandteile auch für sonstige Milch gilt. Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 361, 1911.

H. M. Höyberg. Eine Methode zum Nachweise von Kühen, deren Milch eine abnorme Menge von Leukocyten samt Fibrinfasern und Bakterien enthält. Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhygiene, XXI, 133, 1911.

M. Hohenadel. Kefir und Yoghourt. Pharm. Zentralhalle, LII, 1337, 1911.

O. F. Hunziker und G. Spitzer. A study of the chemical composition of butterfat, and its relation to the composition of butter. Proc. of. the Indiana Acad. of Science, XXV, 15.

J. Ibrahim. Kaseinklumpen im Kinderstuhle im Zusammenhange mit Rohmilchernährung. Monatsschr. f. Kinderheilk., X, 55, 1911.

L. Jacob. Weitere Erfahrungen über Entfettung durch reine Milchkuren. Deutsch. Arch. f. klin. Med., CIII, 124, 1911.

M. Jacoby. Über die Reaktion zwischen Fermenten und Antifermenten. Biochem. Zeitschr., XXXIV, 485, 1911.

O. Jäggi und J. Thomann. Zur Katalasebestimmung der Milch. Schweizer Wochenschr. f. Chem. u. Pharm., XLIX, 129, 145, 1911.

Jesionek. Salvarsanmilch. Münchener med. Wochenschr., LVIII, 1911, Nr. 22.

O. Kellner, E. Weiniger und R. Neumann. Getrocknete Hefe als Futtermittel. Sächs. Landwirtschaftl. Zeitschr., 1910, Nr. 27.

H. Kleinschmidt. Die Bakteriozidine in Frauen- und Kuhmilch. Monatsschr. f. Kinderheilk., X, 254, 1911.

W. Knape. Über Konservierung von Frauenmilch durch Perhydrol. Monatsschr. f. Kinderheilk., X, 281, 1911.

H. Koeppe. Studien zum Mineralstoffwechsel. Jahrb. f. Kinderheilk., LXXIII, 9, 1911.

G. Koestler (1). Über Labstärkebestimmung. Schweizerische Milchztg., 1911, Nr. 78.

— (2). Über die Katalaseprobe. Molkereiztg., Berlin, 1911, Nr. 46.

H. B. Koldewyn. Übergang von Arzneimitteln in die Milch. Arch. de Pharm., XLVIII, 623, 1910.

W. D. Kooper (1). Kommen in frischer Vollmilch freie flüchtige Fettsäuren vor? Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 312, 1911.

— (2). Untersuchungen über die Katalase. Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 264, 1911.

— (3). Untersuchungen über Mager- und Buttermilch. Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 505, 1911.

St. Kramstyck. Über den Bakteriengehalt der Säuglingsfäzes. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1911, 169.

J. M. Krasser. Das Ergebnis täglich zweimaliger Probemelkungen bei 6 Kühen. Ein Beitrag zur Beurteilung der Milchfälschungen. Zeitschr. f. landwirtschaftl. Versuchswesen Österreichs, XIV, 711, 1911.

A. Kreidl und E. Lenk (1). Über Kapillar- und Adsorptionserscheinungen der Milch. Pflügers Arch., CXXXXI, 541, 1911.

— (2). Das Verhalten steriler und gekochter Milch zu Lab und Säure. Biochem. Zeitschr., XXXVI, 357, 1911.

— (3). Bestimmung des spezifischen Gewichtes kleinster Milchmengen. Biochem. Zeitschr., XXXV, 166, 1911.

H. Kreis. Zur Bestimmung der Reichert-Meißlschen Zahl mittels Glyzerin-Kalilauge. Chemikerztg., XXXV, 1053, 1911.

J. Kürsteiner. Feststellung der allmählichen Erkrankung der noch gesunden Euterviertel einer dreistrichigen Kuh mit Hilfe der neueren Milchprüfungsverfahren. Schweizerische Milchztg., 1911, Nr. 92.

W. Kuntze. Abschätzung des Keimgehaltes und Prüfung der Milch nach neueren Methoden, mit besonderer Berücksichtigung der Katalaseprobe. Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II, XXX, 1, 1911.

H. Kuppelmayr. Die Milchverhältnisse der Stadt Metz. Diss., Bern, 1910.

H. Lachs und H. Friedenthal. Die Bestimmung des Eisens auf kolorimetrischem Wege. Biochem. Zeitschr., XXXII, 130, 1911.

L. Langstein. Das Eisen bei der natürlichen und der künstlichen Ernährung des Säuglings. Jahrb. f. Kinderheilk., LXXIV, 536, 1911.

G. Laroche, M. Richet Fils und Fr. St. Girons. Anaphylaxie alimentaire lactée. Compt. rend. soc. biol., LXX, 169, 1911.

O. Laxa. Ein Beitrag zur Katalasebestimmung. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, XXI, 417, 1911.

H. Lenzen. Über die Bedeutung und den praktischen Wert der gebräuchlichsten Untersuchungsmethoden der Milch. Arbeiten a. d. bakteriol. Labor. d. städt. Schlachthofes zu Berlin, 1911, H. 3.

A. Lippschütz. Die biologische Bedeutung des Kaseinphosphors für den wachsenden Organismus. Pflügers Arch., CXXXXIII, 99.

F. Löhnis. Landwirtschaftlich-bakteriologisches Praktikum. Berlin, Bornträger, 1911, Preis 3·40 M.

C. Mai und S. Rothenfusser. Zur Refraktometrie des Chlorkalziumserums der Milch einzelner Kühe. Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, XXI, 23, 1911.

L. Marcas und C. Huyge. Origine de l'ammoniague dans le lait. Interprétation de sa présence. Rev. gén. du lait, VIII, 481, 1911.

F. Marre (1). Rev. générale de Chim. pure et appl. XIV, 56, 1911.

— (2). Contribution à l'étude de l'influence des maladies aïgues des nourrices sur la sécrétion lactée. Rothschilds Revue, IX, 376, 1911.

— (3). Rev. gén. de Chim. pure et appl., XIV, 229 u. 249, 1911.

B. Martiny. Über Kuhprüfvereine. Molkereiztg., Berlin, XXI, 1911, Nr. 25.

E. Mayerhofer und E. Přibram. Über die Verwendung von CaO_2 (Kalkodat) bei der Konservierung von Frauenmilch. Monatsschr. f. Kinderheilk., IX, 59, 1910.

J. Mendel. Die Umsetzung verschiedener Zuckerarten durch Bakterien. Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II, XXIX, 290, 1911.

A. Meyer. Über Menge, spezifisches Gewicht und Phenolgehalt des Schafharns bei verschiedener Ernährung. Diss., Leipzig, 1911.

W. Meyer. Beitrag zur Kenntnis der durch Streptokokken verursachten Euterentzündung der Kühe. Arch. f. wissenschaftl. u. prakt. Tierheilk., XXXVI, 583, 1911.

K. Micko. Über die Gerinnungspunkte des Eier-, Serum- und Milchalbumins sowie des Serumglobulins in ammoniumsulfathaltigen Lösungen. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, XXI, 646, 1911.

H. Möllmann. Untersuchungen über den Übergang von Opiumbestandteilen in die Milch unserer Haustiere sowie über die durch die Verabreichung von Opium bedingten Veränderungen der Milch. Diss., Zürich, 1910.

Monrad. Kaseinklumpen im Kinderstuhl im Zusammenhange mit Rohmilchernährung. Monatsschr. f. Kinderheilk., X, 244, 1911.

A. Morgen, C. Beger und F. Westhausser (1). Weitere Untersuchungen über die Verwertung des Ammoniumazetates und des Asparagins für die Lebenserhaltung und Milchbildung. Landwirtschaftl. Versuchsst., LXXV, 265, 1911.

— (2). Über den Futterwert des frischen Grases und des daraus gewonnenen Trockenfutters. Landwirtschaftl. Versuchsst., LXXV, 321, 1911.

— (3). Über den Einfluß der aus Futterrüben und Trockenschnitzeln hergestellten Extrakte auf den Fettgehalt der Milch. Landwirtschaftl. Versuchsst., LXXV, 349, 1911.

W. Morres (1). Die Haltbarkeitsprüfung der Milch. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, XXII, 459, 1911.

— (2). Beziehungen zwischen Reduktaseprobe, Säuregrad und Alkoholprobe. Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 441, 1911.

E. Müller. Über Ernährung debiler Kinder mit molkenreduzierter Milch an der Hand von Stoffwechseluntersuchungen. Jahrb. f. Kinderheilk., LXXIII, 252, 1911.

R. Müller. Die Milchdrüsensekretion jungfräulicher Kalbinnen. Milchztg., XL, 297, 1911.

Müller-Kögler. Milchleistungsprüfungen bei Ziegen. Deutsche landwirtschaftl. Presse, 1911.

M. Neisser. Bemerkungen zu den Arbeiten von Trautmann und Hanne über „Kochpasteurisierung von Kindermilch". Gesundheitsingenieur, XXXIV, 690, 1911.

Nicolas. Bull. Soc. Chim. de France, IX, 266, 1911.

M. Nierenstein. The transformation of proteins into fats during the ripening of cheese. Proc. of the Royal Soc. Serie B, LXXXIII. 301, 1911.

R. Oehler. Über Yoghourtkontrolle. Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II, XXX, 149, 1911.

H. P. T. Oerum. Über die quantitative Bestimmung des Milchfettes vermittels der Fettkügelchen. Biochem. Zeitschr., XXXV, 18, 1911.

Th. B. Osborne und H. H. Guest. Hydrolysis of casein. Journ. of biol. Chem., IX, 333, 1911.

J. Ott und John C. Scott. The action of animal extracts upon the secretion of the mammary gland. Ther. Gaz., XXXV, 689, 1911.

D. N. Paton und E. P. Cathcart. On the mode of production of lactose in the mammary gland. Journ. of Physiol., XLII. 179, 1911.

H. Pechstein. Über die Ausscheidung der Magenfermente im Säuglingsharn. (Zugleich ein Beitrag zur Frage nach der Durchlässigkeit des Darmepithels beim gesunden und kranken Säugling.) Zeitschr. f. Kinderheilk., I, 356, 1911.

H. Pelka. Eiweißmilchanalysen. Zeitschr. f. Kinderheilk., II, 442, 1911.

J. Petruschky. Vorkommen und Bedeutung der Streptokokken in der Milch. Gesundheit, Zeitschr. f. Städtehygiene und Gesundheitstechnik, 1911.

M. Pfaundler. Über virginelle Laktation. Zeitschr. f. Kinderheilk., III, 191, 1911.

Th. Pfeiffer und H. Trunk. Weitere Untersuchungen über die Einwirkung von Fermenten auf Tuberkulin. Wiener klin. Wochenschr., XXIV, 379, 1911.

E. Philippe. Beiträge zur Frage der Verwendbarkeit der neueren Milchprüfungsmethoden. Schweizer Mitteilungen für Lebensmitteluntersuchung und Hygiene, II, 1, 1911.

J. Polenaar und H. Filippo. Über einige physikalisch-chemische Eigenschaften der Frauenmilch. Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Ther., IX, 138, 1911.

B. v. Ponicki. Neue Untersuchungen über die chemische Zusammensetzung der Kuhmilch. Diss., Breslau, 1910.

A. E. Porter (1). On the inactivation of ferments and the production of antiferments in vitro in the presence of artificial membranes. Journ. of exper. physiol., III, 375, 1910.

— (2). On the question of the identity of pepsin and rennet. Journ. of Physiol., XLII, 389, 1911.

O. Profé. Beitrag zur Milchversorgung großer Städte. Der Tierarzt, L, 233, 1911.

A. Rakoczy. Weitere Beobachtungen über Chymosin und Pepsin des Kalbsmagensaftes. Zeitschr. f. physiol. Chem., LXXIII, 453, 1911.

A. Ramacci. Sul quantitativo in Ca nel latte di donna. La pediatria, XVIII, 665, 1911.

O. Rammstedt (1). Die Bestimmung des Säuregehalts der Milch. Chemikerztg., KXXXV, 1218, 1911.

— (2). Der Schmutzgehalt der Milch. Zeitschr. f. angew. Chem., XXIV, 2140, 1911.

R. Reinhardt und E. Seibold (1). Das Schardinger-Enzym in der Milch von euterkranken Kühen. Biochem. Zeitschr., XXXI, 385, 1911.

— (2). Das Verhalten der Schardingerschen Reaktion gegenüber Kolostralmilch von Kühen. Biochem. Zeitschr., XXXI, 294, 1911.

F. Reiß. Über Salpeter als Geschmackskorrigens von mit Rübengeschmack behafteter Handelsmilch. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, XXII, 731, 1911.

A. Reitz. Die Milch und ihre Produkte. Aus Natur- und Geisteswelt, Bd. 362, Leipzig, Teubner, Preis 1·25 M.

H. Droop Richmond (1). The composition of milk. The Analyst., XXXVI, 390, 1911.

— (2). On the degree of accuracy in determining proteins in the milk by means of aldehyd titration. The Analyst., XXXVI, 9, 1911.

— (3). The Analyst, XXXV, 516, 1910.

O. Richter. Über Berechnungsgrundlagen der Azidbutyrometrie. Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 511, 1911.

Brailsford Robertson (1). Journ. of physiol. Chem., XV, 178, 1911.

— (2). On the refraction indices of solutions of certain proteins. IV. Casein in alkohol-water mixtures. Journ. of biol. Chem., VIII, 507, 1910.

— (3). Journ. of physical. Chem., XV, 387, 1911.

— (4). On the refractive indices of solutions of certain proteins. II. The paranucleins. Journ. of biol. Chem., VIII, 287, 1910.

L. A. Rogers. Die Verwendung von Gärproben bei der Untersuchung von Milchsäurebakterien. Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II, XXXII, 195, 1912.

L. Rollet. Poliklinische Erfahrungen über Ernährung mit Eiweißmilch. Berliner klin. Wochenschr., 1911, Nr. 19.

L. Fr. Rosengren. Einfluß des Sojakuchen auf die Beschaffenheit der Butter. Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 877, 1911.

B. Rubinsky. Studien über den Kumiß. Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II, XXVIII, 161, 1910; auch Diss.. Leipzig, 1910.

W. Rullmann (1). Die Schardingerreaktion der Milch. Biochem. Zeitschr., XXXII, 446, 1911.

— (2). Beobachtungen über die Ab- respektive Zunahme von Streptokokkenmastitis in Gehöften. Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., I, 500, 1911.

W. Sadler. A note on an organism producing a burnt milk taste. Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II, XXIX, 1, 1911.

Saito. Über den Fettgehalt der Fäzes der Säuglinge nebst einigen anderen Bemerkungen. Jahrb. f. Kinderheilk., LXXIII, 222, 1911.

R. Sanfelici. Interpretazione dei risultati analitici nella ricerca dell' anecquamento del latte. Annuario della R. Stazione. sperim. di Caseificio di Lodi: Anno 1910, N. 17.

A. Sarthory (1). Sur les propriétés oxydasiques d'une eau minerale Compt. rend. soc. biol., LXX, 522, 1911.

— (2). Action de quelques sels sur la teinture de gajac., ebenda S. 700.

— (3). Sur quelques réactions fournies par la teinture de gajac., ebenda S. 895.

— (4). Quelques reactions, données par le réactiv à la benzidine acétique avec ou sans addition d'eau oxygenée., ebenda S. 993.

J. Sarthon. Rôle du fer dans les phénomènes d'oxydation. Oxydases artificielles à base de fer. Journ. Pharm. Chim., (7), III, 49, 1911.

J. A. Schabad. Der Kalkgehalt der Frauenmilch. Jahrb. f. Kinderheilk., LXXIV, 511, 1911.

E. A. Schäfer und K. Mackenzie. The action of animal extracts on milksecretion. Proc. of the Royals soc. London LXXXIV, 16, 1911.

Schätzel. Die Milchleistung der Shorthorns. Deutsche landwirtschaftl. Tierzucht, 1911.

K. Schern (1). Über die historische Entwicklung und prinzipielle Bedeutung biologischer Milchuntersuchungen in klinischer, milchhygienischer und forensischer Beziehung. Berliner Tierärztl. Wochenschr. XXVII, 761, 1911.

— (2). Zur Technik der Labhemmprobe. Berliner Tierärztl. Wochenschr., XXVII, 700, 1911.

K. Schern und W. Schellhase. Über die Guajak-Guajakolprobe zur Unterscheidung roher und gekochter Milch. Berliner Tierärztl. Wochenschr., 868, 1911.

E. Schloß. Die chemische Zusammensetzung der Frauenmilch auf Grund neuer Analysen. Monatsschr. f. Kinderheilk., IX, 636, 1911.

B. Schmid. Über Milchhämolyse. Arch. f. Kinderheilk., LVI, 342, 1911.

Ch. E. Schmidt. Beiträge zur Kenntnis der Einwirkung von Bakt. coli und von Darmbakterien auf Kohlenhydrate, Schweizer Wochenschr. f. Chem. u. Pharm., LXIX, 577, 1911.

O. Schröter. Vergleichende Prüfung bakteriologischer und biochemischer Methoden zur Beurteilung der Milch. Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II, XXXII, 181, 1912.

E. Schüler. Konservierung von Versandmilchproben ohne Schädigung der Tuberkelbazillen durch Formalin, Borsäure und Antiformin. Diss., Bern, 1910.

Schultze (1). Untersuchungen über den Infektionsmodus der Milch mit dem Bacterium syncyaneum bei spontanem Auftreten der blauen Milch und Versuche zur Behandlung dieses Milchfehlers. Berliner Tierärztl. Wochenschr., 1910, S. 90.

— (2). Ein Fall von Fütterungstuberkulose beim Reh. Berliner Tierärztl. Wochenschr., 1911, Nr. 19, S. 344.

A. Sciortino. Influenza dei diversi zuccheri sul potere digerente dei fermenti. L'ospedale di Palermo, III, 42.

Scordo. Über die experimentelle Infektion der Ziege mit dem Ebertschen Bazillus. Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., I, LVII, 290, 1911.

E. Seel. Vergleichende Untersuchungen der Milch bei Euterentzündungen der Kühe. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, XXI, 129, 1911.

Seibold. Über den Keimgehalt unter aseptischen Kautelen gewonnener Milch und dessen Bedeutung für die Praxis. Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., I, LV, H. 4.

Seiffert. Über Milchflaschenverschlüsse. Milchwirtschaftliches Zentralbl., VII, 364, 1911.

J. Seissl und N. Westermeier. Fütterungsversuch mit Nigerkuchen bei Melkvieh. Zeitschr. f. landwirtschaftl. Versuchswesen Österreichs, XIV, 1211, 1911.

H. Serger. Verfahren der Milchschmutzbestimmung. Pharm. Zentralhalle, LII, 449, 1911.

M. Siegfeld. Zur Bestimmung der Reichert-Meißlschen Zahl. Chemikerztg., 1911, Nr. 139.

M. Siegfried und O. Lindner. Beiträge zur Kenntnis der Trypsinwirkung: Über die tryptische Verdauung des Kaseins. Pflügers Arch., CXXXVI, S. 185. Dasselbe wie Lindner, Diss., Leipzig. Vgl. letztes Referat.

E. v. Skramlik. Über Harnazidität. Zeitschr. f. physiol. Chem., LXXI, 290, 1911.

O. v. Sobbe (1). Zur Kenntnis des Milchkonservierungsmittels Soldona. Molkereiztg., Hildesheim, 1911, Nr. 58.

— (2). Eine einfache Untersuchungsmethode zur Unterscheidung roher von erhitzter Milch. Molkereiztg., Hildesheim, 1911, Nr. 85.

N. L. Söhngen. Koninkl. Akad. van Wetensch., Amsterdam, Wisk en Natk. Afd. XIX, 689, 1910.

A. Splittgerber. Über die Bestimmung der Trockensubstanz der Milch. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, XXII, 583, 1911.

L. Stoecklin. Annales des falsif., IV, 1911.

K. Stolte. Über eine einfache und zuverlässige Methodik der Aschenanalyse. Biochem. Zeitschr., XV, 104, 1911.

F. Talbot. Kaseingerinnsel im Kinderstuhl. Biologischer Nachweis ihres Ursprungs aus Kasein. Jahrb. f. Kinderheilk., LXXIII, 159, 1911.

T. Tanaka. Zur Kenntnis der Milchenzyme. Biochem. Zeitschr., XXXVII., 249, 1911.

F. Tangl und A. Zaitschek. Über den Einfluß verschiedener wässeriger Futtermittel auf die Menge und Zusammensetzung der Milch. Landwirtschaftl. Versuchsst., LXXIV, 183, 1911.

Tartler. Streptokokken in der Milch. Landwirtschaftl. Umschau, III, 967, 1911.

K. Teichert. Die Analyse der Milch und Milcherzeugnisse. 2. Aufl., Berlin, Springer, 1911, Preis 2·40 M.

H. Tewes. Ist Blaufärbung der Milchprobe bei Prüfung mit Guajaktinktur ein sicheres Beweismittel, daß die Milch nicht abgekocht war? Molkereiztg., Hildesheim, 1911, Nr. 79.

J. Tillmanns und A. Splittgerber. Vereinfachung des Verfahrens zur Bestimmung von Salpetersäure in der Milch mit Diphenylaminschwefelsäure. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, XXII, 401, 1911.

C. Titze und W. Wedemann. Beitrag zur Frage, ob das dem tierischen Körper einverleibte Kupfer mit der Milch ausgeschieden wird. Arbeiten a. d. kaiserl. Gesundheitsamte, XXXVIII, 125, 1911.

F. W. Tiebackx. Das Koagulum aus den Gelatine-Gummisolen und seine Analogie mit dem Kasein. Zeitschr. f. Chem. u. Industr. d. Kolloide, VIII, 2382, 1911.

H. Trautmann. Erwiderung auf vorstehende „Bemerkungen" des Prof. N. Neisser. Gesundheitsingenieur, XXXIV, 693, 1911.

G. Tugendreich. Eine Unterscheidung von Frauen- und Kuhmilch. Berliner klin. Wochenschr., XLVIII, 1911, 224.

A. Uffenheimer und Y. Takeno. Der Nachweis des Kaseins in den „sogenannten" Kaseinbröckeln des Säuglingsstuhls mit Hilfe der biologischen Methodik, insbesondere der Anaphylaxie. Zeitschr. f. Kinderheilk., II, 32, 1911.

Vamvakas. Ann. Chim. anal. appl., XVI, 90, 1911.

Vitoux. Ann. des Falsif., III, 471, 1910.

L. M. Warfield. Note on a peptid-splitting enzyme in womans milk. Journ. of. med. Res., XXV, 235, 1911.

E. Weber. Untersuchungen über die Milchproduktion brünstiger Kühe. Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 1, 1911.

Wegelins. Untersuchungen über die Antikörperübertragung von Mutter auf Kind. Arch. f. Gynäkol., LXXXXIV, H. 2, 1911.

E. Welde. Erfahrungen mit Eiweißmilch. Ther. Monatsh., XXV, 83, 1911.

O. Wellmann. Untersuchungen über die Zusammensetzung der durch das Kalb gesaugten Kuhmilch. Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 304, 1911.

G. Wells. Studies on the chemistry of anaphylaxis. III. Experiments with isolated proteins especially of the hen's egg. Journ. of infections diseases, IX, H. 2, 1911.

G. Wiegner (1). Die Adsorption des Zuckers in wässeriger Lösung. Zeitschr. f. Chem. u. Industr. d. Kolloide, VIII, 126, 1911.

— (2). Beiträge zur ultramikroskopischen Untersuchung einiger Kolloidkoagulationen durch Elektrolyte. Zeitschr. f. Chem. u. Industr. d. Kolloide, VIII, 227, 1911.

— (3). Kolloidchemische Studien an der Milch. I. Über den Wert von Serumuntersuchungen der Milch. Milchwirtschaftl. Zentralbl., VII, 534, 1911.

E. Wiener. Einwirkung von Ozon auf Milch und Molkereiprodukte. Chem. Ztg., XXXV, 1112, 1911.

J. Wohlgemuth und M. Strich. Untersuchung über die Fermente der Milch und über deren Herkunft. Sitzungsber. d. kgl. preußischen Akademie der Wissenschaften, Berlin, 1910, S. 56.

A. Zaitschek. Über den Einfluß der Futtermittel auf die Zusammensetzung des Milchfettes. Landwirtschaftl. Versuchsst., LXXIV, 250, 1911.

W. Zaleski. Zur Kenntnis der Stoffwechselprozesse in reifendem Samen. Beih. z. bot. Zentralbl., XXVII, 63, 1911.

Zwick und Wedemann. Über den mikroskopischen Nachweis von Tuberkelbazillen in Milch. Berliner Tierärztl. Wochenschr., 1911, Nr. 17, S. 314.

Zwick und Weichel. Bakteriologische Untersuchungen über die Erreger der Mastitis acuta des Kindes mit besonderer Berücksichtigung von sogenannten Fleischvergiftungserregern an der Entstehung der Krankheit. Arbeiten a. d. kaiserl. Gesundheitsamte, XXXIV, 391, 1910.

Allgemeines.

Die Reitzsche Schrift gibt einen kurzen Überblick über Eigenschaften, Untersuchung und Verwertung der Kuhmilch und eignet sich recht gut zu einer Orientierung in großen Zügen namentlich für Laien.

Schloß teilt eine Anzahl von Frauenmilchanalysen mit, die vor den bisherigen Untersuchungen den Vorzug haben, daß sie die Werte der gesamten Tagesmilch wiedergeben. Nachstehend die Resultate:

	Fett	Stickstoff	Asche	CaO	MgO	Na_2O	K_2O	P_2O_5	Cl
Durchschnitt von 8 Analysen	40·50	2·576	2·454	0·5675	0·1160	0·2003	0·6495	0·5009	0·7272
Mischmilch I .	40·225	1·904	1·9218	0·3856	0·0761	0·1623	0·5292	0·4469	—
Mischmilch II .	35·87	1·897	1·838	0·380	0·0725	0·1958	0·5360	0·3829	0·5333

Die Werte verstehen sich als Gramme pro Liter. Die Einzeluntersuchungen ergaben einen weitgehenden Parallelismus zwischen Stickstoff- und Aschegehalt, während die Milchzuckermenge in umgekehrt proportionalem Verhältnisse zur Menge der Asche steht. (Daher Konstanz des osmotischen Druckes bei verschiedener Zusammensetzung der Milch.)

Hager untersuchte Ziegenmilch. Hinsichtlich des spezifischen Gewichtes und des Fettgehalts unterscheidet sie sich kaum von Kuhmilch, ihre Fettkügelchen sind erheblich kleiner als die der letzteren, deshalb rahmt sie schwerer auf als diese. Die Kontraktion bei Temperaturänderungen ist eine geringere, es genügt für jeden Temperaturgrad eine Korrektur von 1 in der 4. Dezimale. Das spezifische Gewicht des Serums zeigt gegenüber dem der Milch einen größeren Abfall als bei Kuhmilch (durchschnittliche Differenz 4·5%, gegenüber 2% bei Kuhmilch). Die Labfähigkeit der Ziegenmilch ist eine erheblich größere als die der Kuhmilch. Verwässerungen der Ziegenmilch sind an der Hand von Stallproben mit Hilfe der Fleischmannschen Formel mit ziemlicher Genauigkeit zu bestimmen, ein Zusatz von Ziegenmilch zur Kuhmilch kann mit Hilfe der Steineggerschen Ammoniakmethode erkannt werden.

Droop Richmond (1) berechnet aus 19.282 untersuchten Milchproben des Jahres 1910 folgende Werte:

	Spezifisches Gewicht	Trockensubstanz	Fett	Fettfreie Trockensubstanz
Morgenmilch .	1·0322	12·43%	3·53%	8·90%
Abendmilch . .	1·0319	12·81%	3·92%	8·89%
Gesamtdurchschnitt . . .	1·0320	12·62%	3·73%	8·89%

Die niedrigsten Fettgehalte wurden im Mai und Juni, die höchsten im Oktober und November gefunden. Die Milch von Dieppe enthielt nach Untersuchungen von Cassel im Mittel 2·85% Fett, 12·1% Trockensubstanz. Die mittlere Zusammensetzung der Milch der Touraine ist nach Desbarrières folgende s = 1·0321, Trockensubstanz 13·51%, Fett 4·34%, Zucker 4·91%, Asche 0·73%, Eiweiß 3·5%.

Marcas und Huyge fanden in 18 von 38 untersuchten Milchproben wechselnde Mengen Ammoniak. Die frische Milch gesunder Kühe ist frei von Ammoniak und bleibt es auch bis zur Gerinnung. Nur bei ungeeigneter Gewinnung und Behandlung findet es sich in der Milch vor, und zwar hauptsächlich als das Produkt von Fäkalbakterien, als das es zirka 10 Stunden nach der Gerinnung nachweisbar ist. Weiterhin kann das Ammoniak aus der Stalluft aufgenommen werden. Eine in einem relativ sauberen Stalle aufgestellte Milch gab nach 30 Minuten eine deutliche Ammoniakreaktion. Trinkmilch sollte stets ammoniakfrei sein.

Cornalba hatte gefunden, daß die Menge der löslichen Milchbestandteile ziemlich konstant bleibt. Höft (2) bestätigt diese Erscheinung für norddeutsche Milch. Die fett- und kaseinfreie Trockensubstanz der Milch beträgt nach seinen Untersuchungen zirka 6%.

Kooper (1) destillierte Milch im Wasserdampfstrom unter Phosphorsäurezusatz und fand, daß das Destillat sauer reagierte. Hieraus zu schließen, daß in der Milch freie flüchtige Fettsäuren vorkommen, ist äußerst gewagt. Es scheint Kooper unbekannt zu sein, daß durch das Erhitzen der Milch ihre Azidität infolge der Bildung von Säuren aus den organischen Substanzen (Eiweiß, Zucker) erhöht wird, außerdem ist nicht zu vergessen, daß die Anwesenheit von Phosphorsäure verseifend auf das Fett wirken kann. Schließlich kann in dem Destillate noch aus der Milch ausgetriebene CO_2 enthalten sein. Die von Kooper erhaltenen flüchtigen Säuren sind von ihm nicht einmal identifiziert worden.

Eiweißkörper.

Brailsford-Robertson (1) ließ durch eine gegen Phenolphtalein neutrale Lösung von Kaliumkaseinat einen Strom von zirka 0·1 Milliampère gehen und fand, daß sich die Anode mit einem schwammartigen Niederschlag, der aus reinem Kasein bestand, überzog. Das elektrochemische Äquivalent desselben bestimmte er zu 0·0242 ($\pm$ 0·0019) g pro Coulomb. Das Kaseinanion wandert während der Elektrolyse zur Anode, reagiert hier mit Wasser unter Freiwerden von O_2 und Kasein. Die Summen der Valenzen eines Kaseinanions ist 4 oder ein Multiplum hiervon. Lösungen des Kaseins im Kalkwasser gehorchen dem Gesetze: $\lambda . 10^5 = \alpha . b_1 - \frac{\beta}{c} . b_1^2 - \gamma c$, wobei λ die Verminderung der Leitfähigkeit der $Ca(OH_2)$-Lösung durch das Kasein ist, b_1 die äquivalentmolekulare Konzen-

tration des Ca $(OH)_c$, c der Prozentgehalt an hinzugefügtem Kasein und α, ß und γ Konstanten sind.

Brailsford-Robertson (2) untersuchte für Kasein in Mischungen von Alkohol und Wasser den Wert $\frac{n - n_1}{c} = a$, wobei n der refraktometrische Index der untersuchten Kaseinlösung, n_1 der des Lösungsmittels und c der prozentische Kaseingehalt der Lösung ist. Bei Lösungen von Kasein in $\frac{n}{40}$ Kalilauge betrug der Wert für $a = 0{\cdot}00148 - 0{\cdot}00151$, für 25%ige Kaseinlösungen in $\frac{n}{40}$ KOH $a = 0{\cdot}00153 - 0{\cdot}00158$, für 50%ige alkoholische Lösungen 0·00147 — 0·00150, für 75%ige alkoholische Lösungen des Kaseins endlich 0·00123 — 0·00124. Die Brechungsindizes der drei ersten Lösungen müssen als identisch angesehen werden, da die Differenzen innerhalb der Versuchsfehler liegen. Weitere Untersuchungen von Robertson (3) ergaben, daß die Kalk- und Bariumsalze des Kaseins bei einer Alkoholkonzentration von 50%, Strontiumkaseinat bei einer solchen von 70% ausgefällt werden, während Kaliumkaseinat noch in 98·6%igem Alkohol löslich war und nur zwischen 60 und 75% Alkohol eine leichte Trübung auftritt. Die Kaliumkaseinatlösungen gehorchen in Alkoholwassergemischen bis zu einer Konzentration von 60% Alkohol dem Ostwaldschen Verdünnungsgesetze. Zwischen der Leitfähigkeit x_y einer Kaliumkaseinatlösung mit y%igem Alkohol und der Leitfähigkeit x_0 einer alkoholfreien Kaseinlösung bestehen Beziehungen, die in folgender Gleichung zum Ausdruck kommen: $x_y = \frac{x_0}{t^y}$, wobei t für alle Alkoholkonzentrationen innerhalb 0 und 60% den konstanten Wert von 1·0265 hat. Das Gesetz hat Gültigkeit sowohl für Kaliumkaseinlösungen mit $80{\cdot}10^{-5}$ Äquivalenten KOH, wie auch für solche mit $50{\cdot}10^{-5}$ Äquivalenten KOH pro Gramm. Für Strontiumkaseinatlösungen hat das Gesetz Gültigkeit bis zu einer Konzentration von 20% Alkohol, keine Geltung besitzt es für die Kalk- und Bariumsalze. Der Dissoziationsgrad der Kaseinate wird innerhalb der Konzentrationen von 0 und 60% Alkohol nur in sehr geringem Maße beeinflußt, die Beweglichkeit der Ionen wird erheblich verringert. Die Ionenbeweglichkeit ist bei „basischen" Kaliumsalzen ($80{\cdot}10^{-5}$ Äquivalenten) umgekehrt proportional der Viskosität. In rein wässerigen Lösungen entsprechen einem elektrochemischen Äquivalent 2336 ± 183 g Kasein, in 50%igen alkoholischen 2906 ± 193 g, in 75%igen alkoholischen Lösungen 4363 ± 695 g Kasein. Die Lösungen des Kaliumkaseinates in 75%igem Alkohol können als Suspensionen betrachtet werden und der Elektrizitätstransport beruht nicht auf Leitung, sondern auf Endosmose.

Dieselben Gesetzmäßigkeiten, die Brailsford-Robertson (4) früher für die Brechungsindizes von Kaseinlösungen gefunden hatte, fand er jetzt für Lösungen des Pseudonukleins und einiger anderer Abbauprodukte des Kaseins.

Van Dam untersuchte die Verminderung der H-Ionenkonzentration von Milchsäurelösungen bei Zusatz von Kasein mit Hilfe der Bredigschen Diazoessigestermethode. Er fand, daß, solange ein Überschuß an H-Ionen vorhanden war, die Milchsäuremengen, die bei Zusätzen von 0·25 bis 1·0% Kasein zu $\frac{n}{20}$ Milchsäurelösungen gebunden wurden, konstant sind und 4·25% des Käsestoffs betragen. Bei größeren Kaseinmengen nimmt die Säuremenge ab. Nach van Dam kommt auf vier ersetzbare H-Atome des Kaseins eine basische Gruppe.

Osborne und Guest digerierten 350 g reines Kasein 5 Tage lang mit 700 cm³ konzentrierter Salzsäure und untersuchten das Reaktionsprodukt auf das Vorhandensein der entstandenen Reaktionsprodukte. Sie fanden 1·5% Alanin, 7·2% Valin, 7·2% Leucin, 4·7% Prolin, 2·4% Phenylalanin, 15·6% Glutaminsäure, 1·4% Asparaginsäure, 3·9% Tyrosin. Abderhalden isolierte aus den Verdauungsprodukten des Kaseins durch Pankratin eine in perlmutterglänzenden Blättchen kristallisierenden in Wasser löslichen Körper vom Schmelzpunkte 290°, dem die Formel $C_{14}H_{25}O_8N_3S_2$ oder $C_{12}H_{26}O_4N_3S_2$ zuzukommen scheint. Die Schwefelbleiprobe fiel negativ aus. Die Substanz war bei der Fällung des Verdauungsgemisches mit Quecksilbersulfat mit in den Niederschlag übergegangen.

Micko untersuchte die Gerinnungspunkte des ausgesalzenen und in größerer Konzentration wieder gelösten Milchalbumins in magnesiumsulfatgesättigter und ammoniumsulfathalbgesättigter Lösung. Es ergab sich, daß die Gerinnungspunkte durch Halbsättigung mit Ammoniumsulfat gegenüber den wässerigen Lösungen ganz erheblich herabgedrückt wurden. Eine 0·5%ige Albuminlösung trübte sich hierbei bei 40·0 bis 40·5° C, ein feinflockiger Niederschlag schied sich bei 46·5° aus. In 0·10%igen Lösungen waren die entsprechenden Temperaturen 48·5 bis 49·0° beziehungsweise 56·0 bis 56·5° gegenüber 68·5 bis 69° und 76 bis 78° C bei rein wässerigen 0·1%igen Lösungen. In 25%igen Lösungen war die Depression des Ausflockungspunktes viel geringer. Das gleiche gilt von magnesiumsulfathaltigen Lösungen bei 100%iger und 50%iger Sättigung.

Phosphatide.

Dornic und Daire fanden in zwei Proben Buttermilch, die von nicht pasteurisiertem Rahm herrührten, 0·905 beziehungsweise 0·944‰ Lezithin. Die der letzteren entsprechende Vollmilch enthielt 0·595‰ Lezithin. Von pasteurisiertem Rahm stammende Buttermilch hatte 0·651‰ und sogenannte pharmazeutische Buttermilch 0·332‰ Lezithin. Der hohe Lezithingehalt der Buttermilch macht diese nach den genannten zur Säuglingsnahrung besonders geeignet. — Marre (1) fand ebenfalls, daß die Buttermilch nahezu das ganze Lezithin der Milch enthält und in seinem Gehalte darin der Frauenmilch mindestens gleichzustellen ist. Da durch das Pasteurisieren das Lezithin zerstört wird, empfiehlt es sich, die Milch

roh zu genießen. Die Bestimmung des Lezithins in Buttermilch erfolgt am besten nach der Methode von Bordas und de Raczkowski, mit der Abänderung, daß ein Ansäuern in diesem Falle nicht nötig ist.

Fett.

Hunziker und Spitzer zerlegten Butterfett durch Behandlung mit kaltem und heißem Alkohol in verschiedene Portionen von verschiedener Löslichkeit und bestimmten darin die Fettkonstanten. Die leichter löslichen Bestandteile zeichneten sich durch eine höhere Reichert-Meißlsche, Jod-, Verseifungs- und Refraktionszahl, durch einen niedrigeren Schmelzpunkt und einen geringeren Gehalt an unlöslichen Fettsäuren aus als die schwerer löslichen Anteile.

Engel und Bode verfolgten die Veränderungen des Kolostralfettes der Kuh im Verlaufe der Laktation und fanden eine allmähliche Abnahme der Jodzahl, ein Ansteigen der Verseifungszahl, ein zunächst sehr rasches, dann langsames Ansteigen der Reichert-Meißlschen Zahl über den normalen Wert des Milchfettes hinaus, dem dann vom Ende der ersten Laktationswoche an ein langsames Sinken bis zur Norm folgte. Die Polenskesche Zahl stieg langsam, aber stetig bis zur normalen Höhe an. Die Untersuchung des Kolostralfettes einer Ziege ergab nicht derartig eindeutige Werte, vor allem aber auch keine so prägnanten Unterschiede zwischen Kolostral- und Milchfett wie bei der Kuh. Im ganzen zeigte sich aber, daß — im Gegensatze zu den früheren Befunden beim Menschen — bei Kuh und Ziege sich die Behauptung nicht in vollem Umfange aufrecht erhalten läßt, das Kolostralfett stehe dem Körperfette besonders nahe. Hier ist im Gegenteile der Charakter als Milchfett bei weitem vorherrschend.

Zaitschek verglich die Zusammensetzung des Milchfettes bei verschiedenen Fütterungsarten, insbesondere bei der Fütterung mit sehr wasserhaltigen Futtermitteln: Futterrüben, Kartoffeln, Luzerne. In dem aus der Milch hergestellten Butterfett wurden bestimmt: Verseifungszahl, Reichert-Meißlsche Zahl, Jodzahl, Refraktion und Schmelzpunkt. Bei der Rübenfütterung war die Verseifungs- und Reichert-Meißlsche Zahl viel höher, Jod- und Refraktometerzahl aber niedriger als bei Verabreichung eines Trockenfutters, das außer Heu im wesentlichen aus Mais, Gerste, Kleie und Rapskuchen bestand. Bei der Trockenfütterung war der Schmelzpunkt höher, obwohl die hohe Jodzahl das Gegenteil erwarten ließ. Die Kartoffeln übten eine ähnliche Wirkung aus wie die Rüben, nur lag hierbei der Schmelzpunkt höher als bei Rübenfütterung. Luzerne erzeugte ein Milchfett von derselben Zusammensetzung wie bei Trockenfütterung. Nach einem Futterwechsel erreichten Verseifungs- und Jodzahl ihren endgültigen Wert eher als die Reichert-Meißlsche Zahl. Im Verlaufe der Laktation stiegen Jodzahl, Refraktion und Schmelzpunkt an, während die Reichert-Meißlsche und die Verseifungszahl fielen.

Nierenstein untersuchte die angebliche Fettbildung aus Eiweiß während des Reifens der Käse. Er fand in den ätherischen Extrakten von 7 kg Cheddarkäse neben Fett noch Cholesterin und Aminovaleriansäure, Tetra- und Pentamethylentetramin. Auf Grund dieser Befunde muß es als unzulässig betrachtet werden, die durch Äther aus Käse extrahierbaren Substanzen als Fett anzusprechen, anderseits aber darf man aus der Zunahme in der Menge des Ätherextraktes während des Reifens nicht auf eine Bildung von Fett aus Eiweiß schließen.

Kreis empfiehlt, für die Bestimmung der Reichert-Meißlschen Zahl die Verseifung in der Weise vorzunehmen, daß man 5 g Fett mit 2 cm^3 50%iger Kalilauge und nur 4 cm^3 Glyzerin in der nach Leffmann-Beam gebräuchlichen Weise verseift. Für Butter und Kokosfett genügen sogar 2 cm^3 Glyzerin. Zu dieser Abänderung wurde Kreis durch den Umstand veranlaßt, daß er nur sehr selten Glyzerin erhielt, das völlig frei von flüchtigen Fettsäuren war. Siegfeld befürwortet aufs lebhafteste die von Kreis vorgeschlagene Modifikation. Die nach dieser ausgeführten Bestimmungen differierten gegenüber der bisher üblichen innerhalb der üblichen Fehlergrenzen.

Kohlehydrate.

Wiegner (1) konnte feststellen, daß Milchzucker in wässeriger Lösung in relativ beträchtlichem Maße durch Kohle adsorbiert wird und daß diese Adsorption nach der Adsorptionsgleichung: $\frac{x}{m} = \beta . c^{\frac{1}{p}}$ verläuft. x = adsorbierte Menge in Millimol, m = Grammenge der Kohle, c = Konzentration des Stoffes in Lösung in Millimol, β = eine Konstante, welche die Stärke der Adsorption bestimmt, p = eine Konstante, welche die Veränderung der Adsorption mit der Konzentration bestimmt. Die Stärke der Adsorption wurde für Milchzucker annähernd eben so hoch gefunden wie für Rohrzucker, bei höheren Konzentrationen wird er eher noch stärker als dieser adsorbiert. In Milch ist die Adsorption geringer als in wässeriger Lösung.

Mendel untersuchte die Vergärbarkeit verschiedener Zuckerarten durch eine Reihe von Bakterien. (Bact. vulgare = Proteus vulgaris, Bact. cloacae Jordan, Bact. lactis aerogenes Esch., Bact. Ficianus und Bact. coli commune.) Milchzucker wurde von diesen Bakterien mit Ausnahme von Prot. vulg. leidlich gut vergoren. Die beste Zuckerkonzentration ist 5%. Aus den Schmidtschen Untersuchungen über die Vergärbarkeit von Kohlehydraten durch Bact. coli und durch Darmbakterien ist zu entnehmen, daß Laktose von Bouillonkulturen der genannten Bakterien am besten vergoren wird, während Bact. coli in wässeriger und physiologischer Kochsalzlösung keine Vergärung hervorrufen.

Emery und Benedikt bestimmten die Verbrennungswärme des Milchzuckerhydrats zu 3737 Kal.

Salze.

Nach Untersuchungen von Bordas und Touplain (1) findet sich in der Milchasche die Gesamtmenge des in der Milch enthaltenen Phosphors wieder. Wieviel davon organisch gebunden ist, läßt sich entweder durch eine Phosphorbestimmung in dem durch Trichloressigsäure hervorgerufenen Koagulum (organischer P) oder durch eine Bestimmung im Serum (anorganischer P) ermitteln. Fleurent und Lévi erwidern hierauf, daß die geringe Menge des von Bordas und Touplain beobachteten Verlustes beim Veraschen nicht vernachlässigt werden dürfte (0·065 g P_2O_5 in 1 l Milch), da er zwar nur 3·90% der gesamten Phosphormenge, aber 21·39% des organischen Phosphors betrage. Bordas und Touplain erwidern, daß dieser angebliche Verlust beim Veraschen gar nicht bestehe, da sie ja in der Gesamtasche mehr fanden als in den Einzeluntersuchungen von Serum und Koagulum, nämlich 1·663 g P_2O_5 gegen $1{\cdot}297_5$ (Serum) + $0{\cdot}319_5$ (Koagulum) = 1·598.

Den mittleren Kalkgehalt der Frauenmilch bestimmte Schabad bei gesunden Säuglingen zu 0·044%. In der Anfangsmilch ist der Kalkgehalt ein erheblich höherer als in der Endmilch, im Verlaufe der Laktation nimmt er allmählich ab. Bei Müttern rhachitischer Säuglinge wurde im Mittel nur 0·039% Kalk in der Milch gefunden, es gelang nicht, ihn durch erhöhte Kalkzufuhr in der Nahrung zu erhöhen. Ramacci fand in 68 Frauenmilchproben den Kalkgehalt erheblich höher, zu durchschnittlich 0·1024% CaO. Die unteren und oberen Grenzwerte waren 0·0291% beziehungsweise 0·2791%. Von 9 Fällen, bei denen die Säuglinge rhachitisch waren, wurde in 6 Fällen unter dem Durchschnitt liegender Kalkgehalt gefunden, in zwei Fällen entsprach er dem Durchschnitte und in einem Falle war er um ein geringes höher.

Der Eisengehalt der frischen Kuhmilch beträgt nach Langstein 0·3 bis 0·7 mg im Liter und ist erheblich geringer als der der Frauenmilch, bei welcher zirka 1·4 mg gefunden wurden. Kuhmilch, die längere Zeit in Kannen aufbewahrt worden war, hat einen höheren Eisengehalt, der bis zu 3 mg Fe steigen kann. Bahrdt und Edelstein stellten den Eisengehalt der Frauenmilch bei 3 Ammen zu 1·215 bis 2·93 mg Fe im Liter fest. Die Mittelwerte betrugen 1·64 beziehungsweise 1·93 beziehungsweise 1·76 mg. Beziehungen des Eisengehaltes zum Stande der Laktation konnten nicht festgestellt werden, insbesondere wurde keine Abnahme mit fortschreitender Laktation beobachtet. Eine Beeinflussung durch die Nahrung bei einer anämischen Frau, deren Kind nicht anämisch war, war nicht zu erkennen, hingegen konnte der Milcheisengehalt bei einer Frau, deren Kind anämisch war, durch Medikation erhöht werden. Zur Bestimmung des Eisengehalts in der Milch stellten Lachs und Friedenthal aus Eisenlösungen, die 10^{-4} beziehungsweise 10^{-5} g Fe in 1 cm^3 enthalten, Lösungen von verschiedenen Eisengehalten her, indem sie 1·0 beziehungsweise 0·9, 0·8 usw. cm^3 derselben auf 1 cm^3 auffüllen. Dann wird zu jeder Lösung 1 cm^3 6fach normale Salzsäure

und 1 cm^3 konzentrierte Rhodankaliumlösung hinzugefügt und das Gemisch mit 1 cm^3 Äther ausgeschüttelt. Die ätherischen Schichten stellen nach der zunehmenden Intensität der Rotfärbung eine Farbentonleiter dar, mit welcher die auf gleiche Weise erhaltenen Farbentöne der zu untersuchenden Farbentöne verglichen werden. Zur Bestimmung des Eisens in der Milch verfährt man folgendermaßen: 5 cm^3 Milch werden im Platintiegel auf trockenem Wege verascht, die Asche wird mit 1 cm^3 Wasser und 1 cm^3 6fach normaler Salzsäure aufgenommen, mit 1 cm^3 konzentrierter Rhodankaliumlösung versetzt und mit 1 cm^3 Äther ausgeschüttelt. Zu dem erhaltenen Farbenton wird der hierzu passende Ton der Vergleichsreihe aufgesucht. Auf diese Weise wurden in 1 l Kuhmilch 1·3 mg Eisen gefunden. Bei der Titration der aus 500 cm^3 Milch erhaltenen Asche mit $KMnO_4$ wurden 1·4 mg Fe in 1 l festgestellt. In Frauenmilch konnte der Eisengehalt nach der vereinfachten Methode noch nicht bestimmt werden, da sich hierbei Störungen insofern zeigten, als die rote Farbe des Fe $(CNS)_3$ fast augenblicklich in eine gelbrote Farbe überging. Die Natur des störenden Körpers konnte noch nicht festgestellt werden.

Enzyme.

Kooper (2) bestimmte die von der Milchkatalase gebildete Sauerstoffmenge in folgenden vier Katalasern: Dem von Koning (Gärungssaccharometer), Funke, Henkel und Gerber und gibt an, daß die in diesen Apparaten gebildete Sauerstoffmenge sich verhalte wie K : F : H : G = 1·0 : 1·37 : 1·44 : 1·60. Diese Relation kann natürlich niemals Anspruch auf allgemeine Gültigkeit erheben, da als Vergleichsapparat das Gärungssaccharometer zugrunde gelegt wurde und bei diesem bekanntermaßen Sauerstoffverluste stattfinden, die um so größer sind, je reichlicher die Sauerstoffentwicklung ist. Eine Berechnung der Einzelwerte, deren arithmetisches Mittel die obigen „Faktoren" darstellen, ergibt auch, wie ich in der Diskussion über diesen Gegenstand gezeigt habe, so enorm große Schwankungen, daß die oben genannten Verhältniszahlen nichts anderes als willkürlich angenommene Zahlen sein können. Das einzige, was man aus diesem Teile der Arbeit herauszulesen berechtigt ist, ist daß der Henkelsche und der Funkesche Apparat die gleichen Werte ergeben. Es wird weiter gezeigt, daß in gewöhnlicher Milch der weitaus größte Teil der Katalase auf Rechnung von Bakterien zu setzen ist und originäres Ferment nur in sehr geringen Mengen in der Milch auftritt. Auch Jäggi und Thomann nehmen die mit verschiedenen Katalasern erhaltenen Sauerstoffmengen als äquivalent an, und zwar haben nach ihren Beobachtungen als Grenzwerte für normale Milch zu gelten:

2·5 cm^3 O nach Koning aus 15 cm^3 Milch und 5 cm^3 Wasserstoffsuperoxyd;

3·5 cm^3 O nach Koestler aus 10 cm^3 Milch und 5 cm^3 Wasserstoffsuperoxyd;

4·0 cm^3 O nach Lobeck aus 9 cm^3 Milch und 3 cm^3 Wasserstoffsuperoxyd.

Eine Erhöhung der Katalasenzahl kann durch einen vermehrten Gehalt an Leukocyten bedingt sein, weiterhin steht sie in engem Verhältnis zum Alter der Milch, nicht aber zum Gehalte der Milch an Fett und Trockensubstanz oder zu ihrem Säuregrade.

Sartory (1) beschreibt ein Mineralwasser (Puy de Dôme), welches einer großen Reihe von Oxydasereagentien gegenüber oxydierende Eigenschaften zeigte. So reagierte das Wasser mit Pyrogallol, Guajakol, Hydrochinon, Salizylaldehyd, Guajaktinktur und Benzidin. Dadurch veranlaßt, untersuchte er (2) das Verhalten einer Reihe von Salzen gegenüber Guajaktinktur. Bromkalium und Jodkalium in 1%iger Lösung geben ohne Wasserstoffsuperoxyd eine kräftige Blaufärbung. Chlorkalium in 5%iger Lösung gibt eine schwache Färbung, die durch Wasserstoffsuperoxyd verstärkt wird. Ganz analog verhalten sich Chlornatrium, Magnesiumchlorid und Bariumchlorid. Fluornatrium gibt in der Kälte eine schwache, in der Hitze eine starke Reaktion, ebenso chlorsaures Kali, Chlorkalzium, Ammoniumchlorid und Zinkchlorid. Durch Wasserstoffsuperoxyd wird auch in diesen Fällen die Reaktion verstärkt. Magnesiumsulfat allein gibt in der Kälte keine Reaktion, erst nach Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd, während in erwärmten Lösungen eine solche auch ohne H_2O_2 eintritt. Natriumhyposulfit und -sulfat reagieren negativ, Kaliumsulfat hingegen positiv, und zwar ohne Wasserstoffsuperoxyd und in der Wärme schneller als in der Kälte. Natriumnitrat und -nitrit reagieren positiv, Bleinitrit negativ. Die Karbonate und Bikarbonate der Alkalien geben eine positive Reaktion, bei Bi- und Trinatriumphosphat, -arseniat und -borat tritt eine Gelbfärbung ein. Weitere Untersuchungen von Sartory (3) ergaben, daß reines destilliertes Wasser in der Kälte keine Reaktion mit Guajaktinktur gibt, wohl aber beim Erhitzen. Fügt man aber zu dem Wasser geringe Quantitäten von Zitronensäure, Antipyrin, Resorzin, Natriumbenzoat, Oxalsäure, Pyrogallussäure, Weinsäure, Seignettesalz, Mineralsäuren, Glukose, Laktose oder Galaktose, so wird weder in der Kälte noch in der Wärme, auch nicht bei Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd eine Blaufärbung erzielt. Harnstoff bewirkt schon in der Kälte und ohne Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd eine Blaufärbung. Derartige Reaktionen treten aber nur bei Gegenwart von Luft beziehungsweise Sauerstoff ein, wurde Bromkali in einer Wasserstoffatmosphäre mit Guajaktinktur gemischt, so blieb die Reaktion aus. Schließlich wurden noch Versuche mit Benzidin in essigsaurer Lösung angestellt (4). Hierbei ergab sich, daß Jodkali, Bromkali, Bromammonium, Chlorkalium, Chlornatrium, Chlorbarium und Natriumbikarbonat bei Gegenwart von Wasserstoffsuperoxyd eine Reaktion auslösen, während andere Salze, z. B. Kalziumnitrat, auch ohne Essigsäure reagieren. Natriumnitrat, Ammoniumkarbonat, Kalialaun, Seignettesalz, Bleiazetat und Natriumsulfat geben die Reaktion nur in saurer Lösung. Diese Untersuchungen berühren zwar die Frage nach der Natur der Milchperoxydase wohl kaum, sind aber deshalb interessant, weil sie zeigen, daß eine große Zahl anorganischer und auch organischer Substanzen imstande ist, eine Peroxydasereaktion auszulösen.

Hesse und Kooper glauben es wahrscheinlich gemacht zu haben, daß wir es bei der Peroxydase nicht mit einem Ferment zu tun haben, sondern daß es lediglich die alkalisch reagierenden Stoffe in der Milch sind, die mit dem Rothenfußerschen Reagens die bekannte Farbenerscheinung hervorrufen. Sobald diese alkalische Reaktion durch besondere Einflüsse, wie Kochen, Säurezusatz, spontane Säuerung aufgehoben wird, tritt die Reaktion nicht mehr ein, kann aber durch überschüssige freie Säure wieder hervorgerufen werden. Meines Erachtens sind diese Versuche in keiner Weise einwandfrei, denn auch gekochte Milch hatte nach den Hesse-Kooperschen Versuchen eine gegen das „oxydierte" Rotbenfußersche Reagens alkalische Reaktion, wenn auch nicht in dem Maße, als die rohe Milch. Im übrigen haben Hesse und Kooper in keiner Weise den Beweis dafür erbracht, daß das Paraphenylendiamin-Wasserstoffsuperoxydgemisch als einwandfreier Indikator gelten kann.

Grimmer konnte die Befunde von Sartory bezüglich der oxydativen Wirksamkeit gewisser Salze bestätigen und feststellen, daß alkalisch reagierende Salze mit Guajaktinktur eine Gelbfärbung zeigen. Mit Guajakol reagieren diese Salze nicht, sondern nur mit Paraphenylendiamin beziehungsweise Rothenfußerschem Reagens. Daraus ergibt sich die Unhaltbarkeit der Hesse-Kooperschen Ansicht, nach der die alkalische Reaktion der Milch die Voraussetzung für das Eintreten der Peroxydasereaktion sein soll. Die sogenannte Restitution des Fermentes in gekochter Milch durch Formalin existiert nur scheinbar, da Formalin selbst für sich allein eine Reaktion auslöst. Die weiteren Untersuchungen führen zu dem Schlusse, daß die Peroxydase in irgend welchen bisher noch nicht aufgeklärten Beziehungen zum Milchalbumin steht. Sie hat die gleichen Fällungsverhältnisse wie dieses, jede Denaturierung des Albumins, z. B. durch Alkohol, Äther, Azeton, Chloroform, Erhitzen, peptische und tryptische Verdauung und länger einwirkende alkalische Reaktion, bewirkt eine Vernichtung des Fermentes.

Nicolas korrigiert die Ansicht von Bordas und Touplain, daß das Kasein die Peroxydasereaktion auslöst. Bei Verwendung von käuflichem 10 bis 12%igen H_2O_2 wird das Paraphenylendiamin auch in gekochter Milch je nach der Menge des zugesetzten Superoxyds mehr oder weniger schnell oxydiert. Die Frage, ob eine Milch erhitzt war oder nicht, kann nur dann beantwortet werden, wenn das Wasserstoffsuperoxyd auf das 10fache verdünnt und nur die sofort auftretende Färbung berücksichtigt wird.

Die von verschiedenen Autoren gemachten Angaben über den Tötungspunkt der Kuhmilchperoxydase weichen sehr erheblich voneinander ab. Van Eck fand nun, daß ein ganz genau fixierter Vernichtungspunkt überhaupt nicht existiert, sondern daß die Zerstörung des Fermentes, abhängig von der Zeitdauer, sich über weite Temperaturintervalle erstreckt. Er fand nun, daß die beim Erhitzen stattfindende Abnahme des Peroxydasegehaltes als monomolekulare Reaktion nach der Gleichung $K = \frac{1}{t} \log nat \frac{a}{a - x}$ verläuft. In

dieser ist a die Fermentkonzentration zur Zeit 0, x die Konzentration zur Zeit t. Die nach zwei verschiedenen Zeiten ausgeführten Bestimmungen müssen dann einen konstanten Wert liefern, der von van Eck bei einer Temperatur von 70·8° zu 0·0276 gefunden wurde. Ist dieser Wert bekannt, so läßt sich feststellen, wie lange die Milch auf eine bestimmte Temperatur erhitzt wurde. Eine negative Peroxydasereaktion läßt natürlich keinen Schluß auf die stattgehabte Erhitzungsweise zu, da man ja durch eine längere Erhitzung bei niedrigen Temperaturen den gleichen Effekt erzielt wie bei höheren Temperaturen.

Sarthon will von einer Trennung der oxydierenden Fermente in Aeroxydasen und Peroxydasen nichts mehr wissen, da die Entfernung oder Zusätze von sogenanntem Koenzymen in verschwindend geringen Mengen oft hinreichend sind, um die Oxydasewirkung in eine Peroxydasereaktion zu verwandeln oder umgekehrt. Er faßt das oxydierende Enzym als einen Katalysator auf, der aus der Vereinigung eines Kolloids und eines Metalls (Fe oder Mn) entsteht, wobei das Metall nur in Spuren vorhanden zu sein braucht. Er vertritt also eine ähnliche Anschauung wie Bach, nach welchem die sogenannte Oxydase aus einem Enzym, der eigentlichen Oxydase, besteht, welches infolge der Anwesenheit einer Oxygenase, welche die Rolle eines Peroxyds übernimmt oder selbst ein solches ist. Fehlt die Oxygenase, so muß ein Peroxyd (H_2O_2) hinzugefügt werden, um eine Reaktion auszulösen.

Nach Bach (1) stellen die drei Systeme:

Palladium-Methylenblau-Hypophosphit-Wasser,
Palladium-Methylenblau-Aldehyd-Wasser,
Milchferment-Methylenblau-Aldehyd-Wasser

Analogiefälle dar, in denen die gleiche Reaktion, die Spaltung des Wassers durch eine oxydable Substanz unter Mitwirkung eines Katalysators, der mit dem Wasserstoffe des Wassers eine labile, stark reduzierende Verbindung bildet, vor sich geht. Auf dieser Grundlage versuchte nun Bach, die Beziehungen des Schardingerenzyms zu der in den Geweben angeblich vorhandenen Reduktase näher zu ermitteln und fand, daß das in Leberbrei als Ganzem enthaltene Agens, welches Methylenblau entfärbt, aus zwei Komponenten besteht, deren eine ein Ferment ganz analog dem Schardingerenzym der Milch ist, das nur in Gegenwart von Aldehyd entfärbt, deren andere eine Substanz ist, welche die Rolle des Aldehyds einnimmt. Für das Schardingerenzym der Milch schlägt Bach den Namen Perhydridase vor.

Bach (2) zeigte weiterhin, daß auch die Reduktionserscheinungen gegenüber Nitraten, die Überführung derselben in Nitrite sich auf ein derartiges Analogiesystem bringen lassen: Perhydridase-Nitrat-Aldehyd (beziehungsweise oxydable Substanz) -Wasser. Es ergab sich, daß rohe Kuhmilch imstande ist, bei Gegenwart von Aldehyd Nitrate in Nitrite zu überführen. Gekochte Kuhmilch bewirkte diese Veränderungen nicht und rohe Milch auch nicht, wenn kein Aldehyd

vorhanden war. Es empfiehlt sich bei dieser Reaktion besser die Anwendung von Azetaldehyd als Formaldehyd, da dieser anscheinend als Fermentgift wirkt. Die Umwandlung der Nitrate in Nitrite verläuft proportional den Fermentmengen, das Nitrit erfährt bei höheren Temperaturen allmählich eine Zerstörung. Diese ist bei 50° indessen so gering, daß man die bei dieser Temperatur erhaltene Nitritmenge direkt als Maßstab für die Fermentmenge verwenden kann.

Reinhardt und Seibold (1) untersuchten die Milch von 10 altmelkenen euterkranken Kühen auf ihr Verhalten zum Schardingerschen Reagens. Die Entnahme der Milch erfolgte am 1. oder 2. Tage nach dem Auftreten offensichtlicher Krankheitserscheinungen. In solchen Fällen, in denen die Milch keine Abweichung von den normalen physikalischen Eigenschaften zeigte, konnte auch keine Abweichung im Gehalte derselben an Aldehydkatalase beobachtet werden. Zeigen sich schon feine Gerinnsel in der Milch, so kann die Reaktion oft schneller vor sich gehen, vielfach aber hält sie sich in normalen Grenzen. Bei auffallend stark veränderten Sekreten, die bereits gelblich, serös wässerig waren, konnte bald eine erhebliche Verzögerung, bald ein völliges Ausbleiben der Reaktion beobachtet werden. Bei dieser Sachlage muß bestritten werden, daß der Schardingerschen Probe in der praktischen Milchkontrolle zum Nachweise von Euterentzündungen eine so hohe Bedeutung beikommt, als ihr von einzelnen Autoren zugeschrieben wird, um so weniger, als in der Praxis, in welcher stets die Sammelmilch einer größeren Zahl von Kühen zur Untersuchung kommt, sich so deutliche Unterschiede, wie sie beim unvermischten Sekret der erkrankten Euterteile auftreten, nicht ergeben können und daher das Vorhandensein einer Euterentzündung beziehungsweise solcher Milch nicht erkannt werden kann.

Rullmann (1) ersetzte bei der Schardingerreaktion der Milch das Formalin durch Ameisensäure, in welches dasselbe vorübergehend übergeführt wird, und fand, daß auch in diesem Falle eine Reduktion eintrat, allerdings erheblich langsamer als bei Anwendung von Formalin. Genügend lange sterilisierte Milch, die, wie Rullmann früher gezeigt hatte, Formalinmethylenblau entfärbt, reduzierte auch Ameisensäuremethylenblau. Für diesen Fall nimmt Rullmann thermostabile Substanzen an, die die Reaktion auslösen. Wurden der sterilisierten Milch geringe Mengen NaOH, NH_4OH oder von Phosphaten zugesetzt, so fand eine erhebliche Beschleunigung der Reaktion statt, die erhöht wurde, sobald außerdem noch Milchzucker hinzugefügt wurde, während Milchzucker allein, ohne Alkalien und Phosphate, eine nennenswerte Beeinflussung nicht hervorrief, wie auch reine Milchzuckerlösungen keine Reaktion zeigten. Die Beobachtungen von Römer und Sames, daß Stauungsmilch keine Schardingersche Reaktion gab, konnte von Rullmann nicht bestätigt werden, ebenso die weitere Beobachtung der genannten Autoren, daß die Anfangsmilch nicht reduzierte.

Wohlgemuth und Strich fanden in der Milch ein peptolytisches Ferment, welches Glyzyltryptophan in seine Komponenten zerlegte

und das durch die Säurekonzentration des Magensaftes nur unwesentlich angegriffen wird, gegen höhere Temperaturen aber außerordentlich empfindlich ist. Besonders reich an diesem Ferment sind Frauenmilch und Kaninchenmilch. Die bessere Verdaulichkeit der rohen Milch gegenüber der gekochten führen die Verff. auf dieses Ferment zurück. Die Diastase der Milch ist als ein originäres Enzym anzusehen, soweit Frauen-, Hunde-, Kaninchen- und Meerschweinchenmilch in Betracht kommen. In Kuh- und Ziegenmilch konnten Wohlgemuth und Strich keine Diastase finden. Ein Parallelismus zwischen dem Gehalte der Milch und des Blutes an Diastase konnte nicht festgestellt werden, sie nehmen an, daß diese von der Milchdrüse selbst gebildet wird.

Warfield beobachtete die Spaltung von Glyzyltryptophan durch Frauenmilch. Es handelt sich hierbei offenbar um einen fermentativen Vorgang, da die Milch beim Erwärmen auf 75 bis 80° diese Eigenschaft verlor. Auch durch Säuerung der Milch wurde sie unwirksam. Formalin sowie 14stündiges Pasteurisieren bei 74·5° vermochten das Ferment nicht abzutöten.

Haptine.

Bauer und Engel prüften die Beziehungen zwischen Kasein, Albumin und Globulin bei Milch und Kolostrum mittels der Komplementbindungsmethode, die der Präzipitation überlegen ist (vgl. Kollmeyer, letztes Referat). Die Komplementbildung bezog sich auf die Hämolyse. Kuhkaseinantiserum reagierte sehr stark auf Kuhkasein, viel schwächer auf Kuhmilchglobulin, noch schwächer auf Laktalbumin. Bei der Verwendung eines Kuhkolostrumalbuminserums ergab sich die biologisch höchst wichtige Tatsache, daß auch Milchalbumin und -globulin sich in weitgehendstem Maße durch Komplementbildung voneinander trennen lassen, anderseits konnte auch durch Kuhmilchglobulinserum eine deutliche Differenzierung zwischen Milchalbumin und -globulin und natürlich auch Kasein erzielt werden. Es wurde weiterhin geprüft, wie die drei Milcheiweißkörper mit der Molke als Ganzes in Reaktion treten. Es zeigte sich hierbei, daß Albumin und Globulin noch in stärkeren Verdünnungen Komplementbindung ergaben, während eine solche bei Kasein nur bei höheren Konzentrationen eintrat. Aus den Versuchen ergab sich, daß das Milchglobulin anscheinend ein besserer Antikörperbildner ist als das Milchalbumin. Da jeder der drei Milcheiweißkörper mit den beiden anderen eine wenn auch noch so geringe Reaktion gab, so muß es als ausgeschlossen betrachtet werden, die Vollständigkeit der chemischen Trennungsmethoden durch die biologische Methode zu kontrollieren. Eine Verschiedenheit der Milcheiweißkörper von den entsprechenden Kolostrumeiweißkörpern konnte nicht festgestellt werden, weiterhin wurde gefunden, daß nicht nur die Globuline von Kolostrum und Milch, sondern auch das des Blutserums miteinander als biologisch identisch angesehen werden können, da das Rinderblutglobulinantiserum von allen drei Globulinen in derselben

Weise beeinflußt wurde. Auch die Albumine sind als biologisch identische Substanzen aufzufassen.

Graetz versuchte mit Hilfe der Präzipitation, der Komplementbindung und der Anaphylaxie Milch, Kolostral- und Bluteiweiß derselben Tierart (Rind) voneinander zu trennen. Eine absolute Differenzierung konnte nicht erreicht werden, wohl aber ergaben sich bedeutende quantitative Differenzen, die zwischen Blut und Milch am größten waren, dergestalt, daß unter Umständen ein Kuhmilchantiserum eine völlige Differenzierung gegenüber Blutserum ermöglicht, während der gleiche Effekt mit Blutantiserum nicht erzielt werden konnte. Das Kolostrum nimmt eine Mittelstellung zwischen Serum und Milch ein, dergestalt, daß die mit Kolostrum erhaltenen Immunsera eine annähernd gleiche Azidität gegen Milch und Blutserum zeigen wie gegen Kolostrum selbst. Einige Kolostrumantisera ermöglichten auf dem Wege der Kolostrumbindungsmethode eine Differenzierung zwischen Kolostrum und Blutserum. Das Kolostrum hat, wahrscheinlich infolge seines höheren Gehaltes an beiden Flüssigkeiten gemeinsamen Substanzen, eine größere biologische Verwandtschaft zum Rinderserum als die Milch. Auch im Anaphylaxieversuche kommt der höhere Gehalt des Kolostrums an mit dem Blutserum gemeinsamen Substanzen zur Geltung, indem die Versuchstiere, die mit Rinderserum sensibilisiert waren, in gleicher Weise auf Kolostrum anaphylaktisch reagierten wie die mit Kolostrum sensibilisierten Tiere auf eine Injektion mit Rinderserum. Mit Kuhmilch gelang es zwar, gegen Rinderserum zu sensibilisieren, nicht aber mit Rinderserum gegen Kuhmilch, da im letzteren Falle die in der Milch enthaltenen den Eiweißkörpern des Serums verwandten Eiweißstoffe (Albumin und Globulin) wohl zur Sensibilisierung, nicht aber zur Bildung einer gewissen Giftmenge ausreichen. Der Gehalt des Kolostrums an hämolytischem Komplement, der ursprünglich sehr hoch war, nahm allmählich ab, um beim Übergange in reife Milch den dieser eigenen, niedrigen Wert zu erreichen.

Bauereisen kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, daß die Komplementbindungsmethode ebensowenig wie die Präzipitinmethode eine Differenzierung der Milcheiweißkörper und der übrigen Eiweißkörper desselben Individuums im absoluten Sinne gestattet. Beide Verfahren sind vielmehr nur imstande, eine graduelle Spezifität des Kaseins gegenüber den anderen Milcheiweißkörpern und dem Serumeiweiß erkennen zu lassen. Die Präzipitinmethode gibt im übrigen eben so gute und sichere Resultate wie die Komplementbildungsmethode, lediglich das Endresultat wird dadurch, daß es zur Zeit unmöglich ist, die einzelnen Milcheiweißkörper vollständig rein darzustellen, mehr oder weniger beeinträchtigt.

Wells vermochte Kuh- und Ziegenkasein mit Hilfe der anaphylaktischen Probe nicht zu differenzieren.

Bauer und Sassenhagen empfehlen zur Beantwortung der Frage des Frischmilchendseins der Kühe den Komplementnachweis, nachdem an einer großen Zahl von Versuchen gezeigt worden war, daß die Milch in den ersten Wochen nach der Geburt hämolytisches

Komplement enthält, später jedoch nicht mehr. Natürlich kann das erhaltene Resultat allein für die Beantwortung der Frage nicht maßgebend sein, da auch Mastitismilch komplementreich ist. Hierüber kann aber die klinische Untersuchung des Tiers, die mikroskopische Untersuchung der Milch usw. Aufschluß geben. Anderseits kann der positive Ausfall der hämolytischen Probe nicht als einziges Zeichen für das Frischmilchendsein der Kühe betrachtet werden. Jedenfalls aber ist sie ein sehr wichtiges Unterstützungsmittel des Sachverständigen im Rahmen der übrigen Untersuchungsmittel, die ihm hierfür zur Verfügung stehen. Nach Schern (1) ist diese Methode eine Institutsmethode, die für die Praxis vorläufig unbrauchbar und auf Grund der von Sassenhagen erhaltenen Befunde nicht einmal zuverlässig ist, da des öfteren schon nach 19 bis 24 Tagen keine Hämolyse mehr eintrat. Schließlich kann umgekehrt auch reife Milch unter besonderen Umständen, z. B. bei Futterwechsel oder kurz vor dem Trockenstehen hämolytisches Komplement enthalten.

B. Schmid konstatierte, daß normales Rinderblutserum nicht nur Meerschweinchenerythrocyten, sondern in fast gleichem Umfange auch solche vom Kaninchen, in geringem Maße vom Pferde und vom Huhn, nicht aber vom Rind, Schwein, Schaf und Hund zu hämolysieren vermag. Weiterhin wurde festgestellt, daß an Stelle von Rinderserum sich auch Ziegenserum, besonders von solchen Tieren, die mit Meerschweinchen- beziehungsweise Kaninchenblut vorbehandelt waren. vorzüglich eignet. Unter Verwendung eines Immunziegenserum-Kaninchenblut-Systems ließ sich auch in normaler Milch hämolytisches Komplement nachweisen. Zur Diagnostizierung von Mastitis- oder Kolostralmilch ist ein solches Immunserum unbrauchbar, dafür eignet sich nach wie vor am besten Normalrinderserum. Im übrigen wurde die Brauchbarkeit der von Bauer und Sassenhagen empfohlenen hämolytischen Probe zum Nachweise von Kolostral- und Mastitismilch bestätigt. Heuner zeigte, daß es auch mit Hilfe der anaphylaktischen Methode möglich ist, Kolostral- und Mastitismilch gegenüber der Kuhmilch festzustellen. Indessen erwies sich diese Methode als außerordentlich umständlich und gab keine so weitgehende Spezifizierungsmöglichkeit als die Komplementbindungsmethode.

Besredka zeigte, daß bei Meerschweinchen, die mit Milch sensibilisiert worden waren, die Sensibilisierung wieder zum Verschwinden gebracht werden konnte, sobald den Tieren von der gleichen Milch per os oder rektal einverleibt wurde. Auch die durch Injektion von Eiereiweiß und in gewissen Fällen von Pferdeserum hervorgerufene Sensibilisierung konnte auf dieselbe Weise durch Zuführung der gleichen Substanz auf rektalem Wege oder per os aufgehoben werden. Cruveilhier sensibilisierte Meerschweinchen aktiv gegen Milch, welche auf 56° eine $^1/_2$ Stunde lang erwärmt worden war und stellte nach 2 Wochen durch intravenöse und intrazerebrale Injektion die tödliche Dosis fest. Wurde eine geringere als diese injiziert, so konnten nach kurzer Zeit steigende Dosen bis zu der 30fachen der tödlichen injiziert werden, ohne daß anaphylaktische Erscheinungen wahrgenommen werden konnten. Ähnliche Erscheinungen wurden auch

bei passiv sensibilisierten Tieren beobachtet. Laroche, Richet und St. Girons konnten bei der Ernährung mit roher Kuhmilch beim Meerschweinchen einen anaphylaktischen Zustand hervorrufen, bei der Verfütterung von gekochter Milch konnte ein solcher nicht mit Sicherheit konstatiert werden.

Aus der Arbeit von Felländer ist zu entnehmen, daß Meerschweinchen durch die Milch desselben Tieres nicht sensibilisiert werden konnten.

Kleinschmidt untersuchte Kuh- und Frauenmilch auf das Vorkommen von bakteriolytischem Ambozeptor gegen Koli- und Typhusbazillen. Sowohl in Kolostrum wie auch in reifer Milch konnte Ambozeptor nachgewiesen werden. Während Komplement sich in letzterer nur in äußerst geringen Mengen findet, ist der Ambozeptorgehalt ein recht erheblicher.

Nach Buffet-Delmas ist die Immunität von Säuglingen, die an der Brust ihrer scharlachkranken Mütter ernährt werden, auf den Gehalt der Muttermilch an Antitoxinen zurückzuführen. Daß das Kind Träger des Scharlachs sein kann, ohne selbst zu erkranken, geht daraus hervor, daß es die Krankheit auf andere Personen, z. B. seine Amme übertragen kann.

Cannata und Mitra führen die bakterizide Wirkung einiger Milchbakterien (Baz. bulgaricus, Monococcus, Baz. butyricus, Baz. subtilis) gegenüber pathogenen Keimen (Baz. typhi, paratyphi A und B, Dysenteriae, Staphycocc. aureus) nicht auf die Bildung schädlicher Stoffe für diese zurück, sondern lediglich auf die einfache Überwucherung der ersteren über die letzteren.

Physikalisches, Reaktion.

Kreidl und Lenk (1) stellten Versuche über die Kapillarität der Milch an. Sie fanden, daß bei der Aufsaugung von 1 Tropfen Kuhmilch durch Löschpapier drei konzentrische Kreisflächen sich bilden, die in ihrer Reihenfolge von innen nach außen als Fett,- Kasein- und Wasserzone bezeichnet werden. Ganz besonders deutlich tritt diese Erscheinung bei Löschpapieren mit hohem Aschegehalt auf. Unter diesen Zonen ist die Kaseinzone die unzuverlässigste, bei bestimmten Verdünnungsgraden der Milch bleibt sie aus, ebenso wenn geronnene Milch (durch Säure oder Lab) zur Verwendung kommt. Auch in mit Alkali versetzter Milch und sehr fettreicher Milch verschwindet die Kaseinzone. Wird eine mit Lab versetzte Milch zu verschiedenen Zeiten nach dem Labzusatze auf Löschpapier aufgetropft, so wird die Kaseinzone mit zunehmender Einwirkungsdauer des Labs immer kleiner, bis sie endlich verschwindet. Die Labung tritt im Löschpapiere früher ein, als sie im Dunkelfeld zu erkennen ist. Diese Erscheinung ist bedingt durch Konzentrationserhöhung des adsorbierten Kaseins an der Berührungsfläche des Tropfens mit dem Löschpapiere. Frauen-, Hunde- und Katzenmilch zeigen keine deutliche Kaseinzone. Bei der Frauenmilch liegt das an der geringen Kaseinmenge und dessen physikalischer Beschaffenheit, bei den

beiden anderen Milcharten ist der hohe Fettgehalt der Ausbreitung des Kaseins hinderlich. Aus der Relation der Radien der Wasser- und Kaseinfläche können Anhaltspunkte für eine quantitative Bestimmung des Wassers beziehungsweise Kaseins in der Milch, aus der Ausbreitungsgeschwindigkeit in Löschkartonstreifen solche für die Bestimmung des Fettes gewonnen werden.

Basch stellte viskosimetrische Messungen an Frauenmilch an. Unmittelbar nach der Geburt ist die Viskosität sehr hoch und erreicht den 4 -bis 30fachen Wert des Wassers, geht dann aber allmählich zurück und erreicht nach 6 bis 7 Tagen den normalen Wert der Frauenmilch von zirka 1·7 bis 2·0. Diese Erscheinung entwickelt sich vollkommen unabhängig vom Stillakte. Die Viskosität der Milch ist vollkommen unabhängig von der des Blutes. Das von der kindlichen Brustdrüse abgesonderte Sekret zeigt ein ganz analoges Verhalten wie die Muttermilch. Die Viskositätswerte der Milch der rechten und der linken Brustdrüse weichen nur um ein geringes, zirka 0·1 bis 0·2 voneinander ab.

Polenaar und Filippo bestimmten die Viskosität, elektrische Leitfähigkeit und den Gefrierpunkt der Frauenmilch in den ersten 14 Tagen nach der Geburt; unter normalen Verhältnissen und bei Krankheiten. Bezüglich der Viskosität zeigten sich zwischen normalen und anormalen Fällen keine Unterschiede, in fast allen Fällen fand in den ersten Tagen nach der Geburt ein deutliches Sinken der Viskosität statt. Die Leitfähigkeit der Milch nahm in der ersten Woche nach der Geburt regelmäßig ab, bei Krankheitsfällen, z. B. Albuminurie, sowie bei abnorm niedriger Milchsekretion war eine erhöhte Leitfähigkeit zu beobachten.

In Verfolgung der von Burri und Nußbaumer (vgl. vorletztes Referat) beobachteten Erscheinung, daß bei längerer Abkühlung der Milch ihre Oberflächenspannung abnimmt, stellte H. Bauer fest, daß diese Erscheinung eine reversible ist, d. h., daß durch länger andauerndes Erwärmen der Milch auf 50° die Oberflächenspannung der Milch wieder erhöht und der der ursprünglichen nicht gekühlten Milch sehr nahe gebracht werden kann. Die Oberflächenspannung der Milch ist nach Bauer zum Teil eine Funktion des Fettes, ohne daß eine vollkommene Proportionalität zwischen beiden besteht. So konnte gezeigt werden, daß Vollmilch durch Abkühlung eine Tropfenzunahme von 3·4 erfuhr, eine Magermilch mit 0·15% eine solche von 0·8 Tropfen, eine Magermilch von 0·5% aber eine Steigerung von 3·7 Tropfen, also ebensoviel als Vollmilch. Es genügt also eine sehr geringe Zunahme in dem Fettgehalte der Milch, um eine Konzentrierung an der Oberfläche zu bewirken und die Oberflächenspannung erheblich herabzusetzen, so daß eine weitere Konzentrationssteigerung relativ wenig wirksam ist. In der Tat ergab sich, daß Rahm eine Oberflächenspannung besitzt, die nicht wesentlich von der der Vollmilch abweicht und bei der Kühlung nur in demselben Maße herabgesetzt wird wie bei Vollmilch. Er schließt aus seinen Versuchen, daß bei der Abkühlung von Milch unter 10° der weitaus größte Teil des Milchfettes in den festen Zustand übergeht. Versuche, diese Annahme durch Färbung

der Fettkügelchen zu beweisen, mißglückten. Hingegen machte er Beobachtungen, die seiner Ansicht darauf schließen lassen, daß die Fettkügelchen von einer festen Hülle umgeben sind, die durch Färbung bei gleichzeitiger Extraktion mit Alkohol oder Amylalkohol sichtbar gemacht werden können. Bei der Färbung mit Bismarckbraun in alkoholischer Lösung verschwand sehr bald die starke Lichtbrechung und es zeigten sich nur noch braun gefärbte Ringe. Eine sehr gute Färbung der Hüllen konnte durch ein Gemisch von 1 Teil Ziehlscher Lösung, 1 Teil Methylenblau und 5 bis 6 Teilen Wasser erzielt werden. In schwach gesäuerter Milch sollen die Hüllen in Auflösung begriffen sein, bei kranker Milch — räße Milch, Maul- und Klauenseuche — sind die Hüllen bereits in der frischen Milch mehr oder weniger zerstört. Bauer suchte die Hüllenbildung noch experimentell nachzuweisen, indem er geschmolzenes Tripalmitin beziehungsweise Butterfett in Magermilch emulgierte. Nach einigen Stunden zeigte sich eine Hüllenbildung, die beim Tripalmitin stärker ausgebildet war als beim Butterfett. Bei der Emulgierung von flüssigem Paraffin konnte keine Hüllenbildung wahrgenommen werden.

Mai und Rothenfusser zeigen an der Hand eines größeren Materials, daß auch bei der Milch einzelner Kühe die natürlichen Schwankungen des Lichtbrechungsvermögens unter den verschiedensten Umständen — Alter, Laktation, Arbeit, Futterwechsel innerhalb der für die Stallprobenahme in Betracht kommenden Zeit keine größeren sind als die von Mischmilch und betonen, daß zur Beurteilung der Milch nie absolute Brechungswerte zugrunde gelegt werden dürfen, sondern immer nur vergleichende zwischen verdächtiger und Stallprobe.

Ackermann stellte, durch die Beobachtungen von Fendler, Borkel und Reidemeister veranlaßt, Untersuchungen an, welche ergaben, daß das spezifische Gewicht des Chlorkalziumserums und seine Refraktion in engen Beziehungen zueinander stehen. Danach scheint das Chlorkalziumserum eine konstantere Zusammensetzung zu haben als das Essigsäureserum.

Wiegner (3) zeigte, daß zwischen der Refraktionszahl, dem Brechungsvermögen, dem spezifischen Gewichte und der Trockenmasse des Chlorkalziumserums der Milchmenge Beziehungen bestehen und hat eine Tabelle berechnet, aus welcher diese Beziehungen ohne weiteres hervorgehen. Es genügt danach, von den genannten Werten einen einzigen zu wissen, um alle übrigen ermitteln zu können.

Höft (1) untersuchte, ob das spezifische Gewicht der Labmolken je nach der Behandlungsweise der Milch Schwankungen unterworfen ist. Seine Untersuchungen ergaben, daß den größten Einfluß die Zeitdauer ausübt, während welcher Molke und Bruch miteinander in Berührung bleiben, insofern als mit verlängerter Zeitdauer das spezifische Gewicht der Molken steigt. Von geringerem Einflusse sind der Zerkleinerungsgrad des Bruchs, die Zeitdauer des Zerkleinerns und der Einfluß der Wärme sowie die zur Dicklegung angewandte Labmenge. Hier sind unter den verschiedenen

Verhältnissen die Schwankungen so geringe, daß man sie als in die unvermeidlichen Beobachtungsfehler fallend betrachten kann.

Wie Bordas und Touplain (3) zeigen, hat die Milch gegen Helianthin und Lakmoid eine ausgesprochen alkalische Reaktion. Die gegen Phenolphtalein vorhandene Azidität ist nach Bordas und Touplain nicht auf die Anwesenheit von freien Säuren oder sauren Salzen zurückzuführen, sondern auf freies Kasein. Bei eintretender Säuerung nimmt die Azidität als Folge der Abspaltung von freiem Kasein aus dem Kalksalze und der Bildung von Monokalziumphosphat aus dem Dikalziumphosphat zu, während die alkalische Reaktion gegenüber Helianthin zunächst bestehen bleibt. Gegen diesen Indikator reagiert die Milch erst dann sauer, wenn die erwähnten Salze restlos umgesetzt worden sind und freie Milchsäure vorhanden ist.

Rammstedt (1) verglich die Thörnersche und die Soxhlet-Henkelsche Methode der Säurebestimmung in der Milch und fand, daß die auf Soxhletsche Grade umgerechneten Thörnerschen Grade eine niedrigere Azidität anzeigten, als bei der direkten Bestimmung nach Soxhlet-Henkel erhalten wurden. Der Unterschied betrug im Durchschnitte fast 1 Soxhlet-Henkelschen Grad. Wurde Milch, die nach Soxhlet-Henkel neutralisiert worden war, mit Wasser verdünnt, dann mit Schwefelsäure neutralisiert und wieder mit derselben Wassermenge verdünnt, so war jetzt zur Neutralisation eine geringere Menge Schwefelsäure nötig als beim ersten Male. Rammstedt schlägt vor, nur die Soxhlet-Henkelsche Methode zur Bestimmung des Säuregrades der Milch zu benutzen.

Wiegner (2) verfolgte die Milchgerinnung durch Säure sowie vergleichsweise die Koagulation kolloidaler Goldlösungen ultramikroskopisch. Zunächst stellte er fest, daß der Dispersitätsgrad des Kaseins in verschiedenen Milchen verschieden ist, am größten sind die Teilchen in der Kuhmilch, am kleinsten in der Frauenmilch. Er fand weiter, daß die Elektrolytkoagulation in der Weise vor sich geht, daß die kleinsten Teilchen, die Amikronen, sich stets an größere, die Ultramikronen, anlagern, die zunächst als Koagulationskerne zu betrachten sind und in ihrer Zahl bei den meisten Kolloidlösungen sich nur unwesentlich verändern. Bei der Milchkoagulation hingegen fand zu Beginn der Gerinnung eine geringe Vermehrung ihrer Zahl statt, was dadurch erklärt wird, daß Teilchen, die nicht mehr sichtbar waren, sich bereits als Koagultationskerne verhielten, deren Masse allmählich so weit zunahm, daß sie die Sichtbarkeitsgrenze überschritten. Wenn alle Amikronen an die Ultramikronen sich angelagert hatten, nahm die Zahl der letzteren infolge weiterer Vereinigung rapide ab.

Lab und Labgerinnung.

Köstler (1) untersuchte mit dem gleichen Labpräparat zu verschiedenen Jahreszeiten (Januar-August) Milch von den gleichen Kuhherden und fand, daß offenbar während der Sommermonate die Labfähigkeit der Milch eine größere ist als in den vorausgegangenen

Frühjahrs- und Wintermonaten, weiterhin, daß die zu gleicher Zeit untersuchten Milchproben verschiedener Herkunft verschiedenstarke Labfähigkeit besitzen.

Kreidl und Lenk (2) fanden ganz eigenartige Verhältnisse bezüglich der Gerinnbarkeit von erhitzter Milch durch Lab. Bei Anwendung von sterilem Lab und vollkommen sterilen Gefäßen trat keine Gerinnung ein, wohl aber, sobald Lab oder Gefäße nicht vollkommen steril waren, schon die Infektion durch den nicht sterilen Finger oder ganz geringe Mengen roher Vollmilch waren hinreichend um eine Verkäsung zu bewirken. Weiterhin wurde gefunden, daß Milchsäurebakterien sich in der Milch am besten entwickeln, wenn dieser pro 100 cm^3 2 bis 6 cm^3 $\frac{n}{10}$ Essig- oder Salzsäure hinzugefügt werden.

Allemann und Müller stellten vergleichende Untersuchungen über die Umwandlung des Kaseins durch Lab an. Sie fanden, daß in der ersten Zeit der Einwirkung des Labs die Menge des Filtratstickstoffs sehr schnell ansteigt, gegen Ende derselben sich nur noch um ein geringes vermehrt. Weiter wurde gefunden, daß ein Teil der in Lösung gegangenen Bestandteile durch Essigsäure fällbar ist. Bei längerem Stehen der gelabten Milch nimmt die Menge des unlöslichen Stickstoffs zu und kann sogar die des ursprünglichen Kaseins überschreiten (aber nur nach dem Versetzen der gelabten Milch mit Essigsäure, direkt vor dem Filtrieren). Anderseits wurde beobachtet, daß, wenn die Milch mit großen Labmengen in kurzer Zeit zur Gerinnung gebracht wurde, die Menge des Parakaseinstickstoffs eine größere war, als wenn die Milch mit geringen Labmengen in entsprechend längeren Zeiten dickgelegt wurde. Das gleiche Verhalten wurde bei der Morgenrothschen Versuchsanordnung bestätigt. Je längere Zeit man verstreichen ließ, bis das im Eisschranke befindliche Milch-Labgemisch auf Gerinnungstemperatur erwärmt wurde, um so niedriger wurde der Gehalt an unlöslichem Stickstoff gefunden.

Bang verfolgte den Verlauf der Labgerinnung der Milch durch Kalbsmagenextrakt, indem er den Gerinnungsprozeß in bestimmten Zeitabschnitten durch kurzes Aufkochen abbrach und untersuchte, welche Veränderungen der Milch nach einer solchen unvollständigen Labwirkung eingetreten waren. Zuvor war festgestellt worden, daß das Lab durch kurzes Aufkochen vollständig zerstört wird, daß aber die Milch hierbei keine wesentliche Veränderung erfährt. Zur Erklärung für die stattfindenden Veränderungen setzt Bang voraus, daß die in der Milch enthaltenen Kalksalze zwischen den organischen und anorganischen Säuren, dem Albumin, Globulin und Kasein, verteilt sind. Umgekehrt sei das Kasein an alle Basen, nicht nur Kalk gebunden. Durch die Einwirkung des Labs werden nun Parakaseine gebildet, die eine mit der Wirkungsdauer zunehmende Affinität zum Kalziumphosphat zeigen. Infolgedessen nehmen sie immer mehr Ca-Phosphat auf, bis schließlich soviel davon mit dem Parakasein verbunden ist, daß die Verbindung nicht mehr in Lösung erhalten werden kann, sie fällt aus, die Milch gerinnt.

Hedin (11) fand, daß neutrale Infusionen des Kalbsmagens (Labzymogen Hammarstens) stets eine deutliche Labwirkung zeigen. Das im Zymogen vorhandene wirksame Lab gehorcht nicht dem Enzymzeitgesetze, sondern gibt für geringe Zymogenkonzentrationen eine verhältnismäßig kürzere Gerinnungszeit als für größere. Durch Behandlung mit Salzsäure wird die Wirksamkeit des Zymogens erheblich gesteigert, während es, wenn es mit 0·017 n NH_3 auf 37° erwärmt und dann neutralisiert wird, seine Wirksamkeit vollständig eingebüßt hat und die Wirkung von zugesetztem Lab sogar hemmt. Diese Hemmung ist ganz analog der durch neutrales Blutserum. Unter der Einwirkung von Salzsäure verschwindet das Hemmungsvermögen sehr schnell und die Lösung wird wieder aktiv. Bei nunmehr nachfolgender Behandlung mit Ammoniak tritt eine Hemmung nicht mehr auf. Eine Mischung von Blutserum und Lab, die noch in geringem Maße wirksam ist, weicht ebenso wie das Zymogen vom Zeitgesetze ab. Aus der Mischung setzt Salzsäure Lab in Freiheit unter Zerlegung des im Serum vorhandenen Hemmungskörpers. Wird das Lab-Serumgemisch mit Ammoniak behandelt, so wird der Hemmungskörper unter Zerstörung des Labs aktiviert. Hedin meint, daß das Zymogen eine Verbindung zwischen Lab und einem Hemmungskörper ist. Aus dieser Verbindung, die stets einen kleinen Überschuß an Lab enthält, wird das Lab durch Salzsäure freigemacht, wobei der Hemmungskörper zerlegt wird. Anderseits wird durch Ammoniak der Hemmungskörper frei unter gleichzeitiger Zerlegung von Lab. Aus in der Schleimhaut eingeschlossenem Serum kann der Hemmungskörper nicht stammen, da Kalbsserum in entsprechender Verdünnung die Labwirkung nicht hemmt. Ebenso wie aus den Extrakten von Kalbsmagen konnte Hedin (2) aus den Schleimhäuten der Magen von Meerschweinchen und des Hechtes durch Behandlung mit Ammoniak und nachfolgendes Neutralisieren Hemmungskörper erhalten. Diese sind miteinander offenbar nicht identisch, da sie fast spezifisch nur oder vorzugsweise das Lab derselben Tierart hemmten.

Porter (1) beobachtete die Inaktivierung von Lab und anderen Fermenten bei der Berührung mit Membranen aus Kollodium, Gelatine, Albumin und Schilf. Die so inaktivierten Fermentlösungen zeigen dann hemmende Eigenschaften. Nach ihrer Ansicht kann die Inaktivierung nicht durch die Annahme einer einfachen Adsorption der Fermente durch die Membran erklärt werden, sie vermuten vielmehr eine Umwandlung der Fermente in Antifermente, auf welche z. T. wenigstens die Hemmung zurückgeführt werden soll.

Jakoby zeigte, daß, wenn Lab mit Blutserum und Salzsäure versetzt wird, eine Inaktivierung des Labs nicht stattfindet. Durch Schütteln abgeschwächte Lablösungen verbrauchen zu ihrer Inaktivierung eine geringere Serummenge als das nicht geschüttelte Kontrollab.

Agulhon ließ ultraviolette Strahlen auf verschiedene Fermente, u. a. auch Lab, einwirken und fand, daß die Fermente durch diese Strahlen merklich geschwächt wurden, während der Teil des Spektrums mit Wellenlängen von mehr als 3022 Angströmeinheiten fast

ohne Wirkung ist. Nach Beobachtungen von Pfeiffer und Brunk wird bei längerer Digestion von Lab und Tuberkulin (16 Tage) das letztere unwirksam gemacht.

Couvreur läßt seinen letzten Untersuchungen (vgl. letztes Referat) neue folgen, die dartun sollen, daß bei der Labgerinnung keine Spaltung des Eiweißes erfolgt. Er behandelte Milch, die durch Sublimat konserviert war (2 : 1000) mit Lab. In der Molke konnte nach dem Abscheiden des durch Erhitzen koagulablen Eiweißes keine Albumose gefunden werden. Wurde anderseits Milch sterilisiert, das Lab, das zur Anwendung kam, zunächst mit Alkohol gefällt und der mit sterilem Wasser aufgenommene Niederschlag zur Dicklegung benutzt, so konnte in der enteiweißten Molke ebenfalls keine Albumose gefunden werden. Couvreur schließt daraus, daß die sogenannte Molkenalbumose der Tätigkeit von Bakterien ihr Dasein verdankt.

Porter (2) gelangt auf Grund ihrer Versuche zu der Ansicht, daß Pepsin und Chymosin nicht identisch sind. Sie zeigte, daß die Antipepsinwirkung, die van Dam an verschiedenen Labpräparaten beobachtet hatte, auf Substanzen zurückzuführen ist, die durch Dialyse leicht zu entfernen sind. Dann hätten die Labpräparate, entsprechend ihrer hohen Fähigkeit, Milch zu koagulieren, ein kräftiges peptisches Vermögen aufweisen müssen. Dies war aber nicht der Fall. Ein unter Toluol aufbewahrtes dialysiertes Labpräparat wandelte sich spontan in eine Zymoidform um, die ohne jede Wirkung auf Pepsin war.

Im Anschlusse an seine im vorigen Referat geschilderten Untersuchungen teilt Rakoczy einige neue Versuche mit, die für die Dualität beider Fermentwirkungen sprechen. Er fand an zwei Kälbern mit einem kleinen Pawlowschen Magen, daß im Verlaufe der ersten 5 Monate des Lebens eine deutliche Verminderung im Gehalte des Kalbsmagensaftes an Chymosin stattfindet, während die Pepsinmenge keine offensichtlichen Veränderungen zeigte. Die in verschiedenem Alter produzierten Pepsine scheinen identisch zu sein, da die Magensäfte der zwei verschieden alten Kälber ungeachtet ihres Unterschiedes in der Koagulationskraft bezüglich der Verdauungswirkung vollkommenen Parallelismus bei verschiedener Azidität bewahrten.

Im Gegensatze zu van Dam (vgl. letztes Referat), welcher zu den Unitariern übergegangen ist, berichtet van Hasselt über einige Beobachtungen, die für die Verschiedenheit von Pepsin und Chymosin sprechen. Zunächst ist bei solchen Untersuchungen nötig, die schädigende Wirkung von in der Milch enthaltenen Hydroxylionen auszuschalten, wenn man zuverlässige Resultate erhalten will. Dies läßt sich erreichen, wenn man mit durch HCl angesäuerter Milch arbeitet. Weiterhin konnte gezeigt werden, daß eine Trennung von Pepsin und Lab möglich ist, wenn man sich der fraktionierten Fällung durch Aussalzen mit Kochsalz bedient. Hierbei fällt Chymosin aus. Durch nachfolgende Dialyse wurde das Präparat möglichst gereinigt und zeigte dann eine 983mal so große Wirksamkeit wie Pepsin. Labfreies Pepsin konnte nicht hergestellt werden. In den Magen-

extrakten älterer Tiere überwiegt im Vergleiche zu denen jüngerer Tiere die proteolytische Wirksamkeit ganz bedeutend. Hier müßte, wenn die Annahme der Unitarier richtig wäre, eine große Menge von gerinnungshemmenden Stoffen enthalten sein und ein Zusatz dieser Magenextrakte zu denen junger Tiere müßte eine erhebliche Verzögerung in den Gerinnungszeiten zur Folge haben. Dies war aber, trotzdem ein Zusatz der 20fachen Menge Schweinemagenextrakt zu Kalbsmagenextrakt erfolgte, nicht der Fall. Im Magen junger Tiere konnte anderseits kein pepsinhemmendes Agens gefunden werden, so daß die großen Differenzen in den Fermentgehalten der Magen junger und älterer Tiere auf diese Weise nicht erklärt werden können. Die scheinbar stärkere proteolytische Wirksamkeit, die man erhielt, wenn man Labpräparate z. B. durch Essigsäure fällt und den Niederschlag wieder löst, ist darauf zurückzuführen, daß das Lab nur unvollständig in Lösung ging. Die Darstellung der Enzymlösungen erfolgt am besten aus getrockneten Magen, da hierbei keine so starke Verunreinigung durch Schleimsubstanzen stattfindet, wie dies bei frischen Mägen der Fall ist.

Zur Darstellung von pepsinfreien oder zum mindesten sehr pepsinarmen Chymosinlösungen versetzt Hammarsten die sauren Kalbsmageninfusionen mit Kaseinlösungen so lange als das zuerst ausfallende Kasein sich wieder auflöst. Die saure Lösung wird dann mit soviel $\frac{n}{10}$ NaOH versetzt, bis bei noch saurer Reaktion eine reichliche Kaseinfällung stattfindet. Von dem sich abscheidenden Kasein wird Pepsin in viel reichlicherer Menge mit niedergerissen als das Chymosin, so daß das Filtrat ein ganz anderes Verhältnis zwischen Pepsin und Chymosin zeigt, als die ursprüngliche Infusion. Eine schädigende Wirkung der Reagentien auf die Enzyme findet bei dieser Methode nicht statt, auch die Annahme von der Entstehung von Substanzen, welche die Pepsinwirkung abschwächen, kann nicht zur Erklärung dieser Erscheinung herangezogen werden, es muß vielmehr angenommen werden, daß zwei verschiedene Enzyme vorliegen, von denen das eine — Pepsin — leichter von dem ausfallenden Kasein niedergerissen wird als das andere — Chymosin.

Abderhalden und Strauch fanden, daß Elastin besonders leicht befähigt ist, Pepsin und Labferment aus ihren Lösungen mit niederzureißen. Ihre Versuche über diesen Gegenstand scheinen dafür zu sprechen, daß Lab und Pepsin verschiedene Fermente sind.

Wegen der ständigen Kongruenz von Pepsin und Lab, die Cohnheim beobachtete, ist er geneigt, auf die Identität beider Fermente zu schließen. Labzymogen soll durch $CaCl_2$ in aktives Ferment übergeführt werden. Fuld wendet sich gegen die Cohnheimsche Annahme, daß durch Chlorkalzium Labzymogen in aktives Ferment übergeführt werden könne. Dies ist nur durch Säure der Fall. Durch Zusatz von $CaCl_2$ kann nur die Wirkung von bereits vorhandenem Ferment deutlicher hervorgehoben werden. Davidsohn schließt sich bezüglich der Identitätsfrage von Pepsin und Chymosin den Unitariern an.

In unreifen Erbsensamen konnte Zaleski ein Labferment nachweisen.

Wirkung des Erhitzens.

Von Awerkijev 3 Jahre lang unter Zutritt von Luft und Licht aufbewahrte sterilisierte Milch hatte 84 bis 86% ihres ursprünglichen Fettgehaltes verloren, während andere Milch, die 5 Jahre lang unter Ausschluß von Licht und Luft aufbewahrt wurde, keine nennenswerte Abnahme des Fettgehaltes zeigte. Die stark veränderte Milch hatte giftige Eigenschaften, die von einem Alkaloid herrühren, welches Awerkijev „Fetterin" nennt. Dieses entsteht nur bei Licht- und Luftzutritt, sonst nicht. Die Darstellung des Alkaloids erfolgte durch Wasserdampfdestillation der alkalisch gemachten Milch und Extraktion des Destillates mit Äther. Aus 1·7 l Milch konnten so 0·5169 g des Ptomains erhalten werden, dem Awerkijev die Formel $C_{36}H_{69}NO_6$ gibt. Es besitzt einen intensiven scharfen Geruch, hat einen Schmelzpunkt von 41°, ist löslich in wässerigem Alkohol, Äther, Petroläther, Chloroform, schwer löslich in Benzin, unlöslich in Benzol. Mit verdünnter Salz- und Schwefelsäure bildet es Salze. Niederschläge werden erhalten mit Jodjodkalium, Sublimat, Pikrinsäure, Urannitrat und Platinchlorid. Mit konzentriertem HCl tritt Rotfärbung ein. Injektionen von 0·005 bis 0·008 g bei einem Meerschweinchen wirkten tödlich.

Laktase.

In der getrockneten Schweinemilch konnte Tanaka keine Laktase finden.

Histologie und Physiologie.

Nach Berka herrscht während der Schwangerschaft und des Puerperiums in der Brustdrüse bindegewebiges Stromainfiltrat vor. Die Kolostrumkörperchen enthalten große Lymphocyten, die die Aufgabe haben, bei mangelhafter Drüsenentleerung das nicht verbrauchte Milchfett in unsichtbare Form umzuwandeln. Der lymphocytäre Charakter der Kolostrumkörperchen findet sich nur beim Menschen, nicht bei den Tieren, hier haben sie Leukocytencharakter.

Ancel und Bouin führen die Entwicklung der Brustdrüsen während der Schwangerschaft auf die Tätigkeit des Corpus luteum zurück. Wurden die reifen Eifollikel durch die Schere geöffnet, so fand eine gleichzeitige Entwicklung des Corpus luteum und der Brustdrüsen statt. Wurde hingegen das Corpus luteum durch den Thermokauter zerstört, so wurde eine Entwicklung der Brustdrüsen verhindert oder ihre Weiterentwicklung gehemmt.

Biedl und Königstein injizierten intraperitoneal virgilen Kaninchen Extrakte von Embryonen und Plazenten, die durch Kaiserschnitt von Kaninchen im letzten Schwangerschaftsstadium erhalten wurden. In anderen Fällen wurden, um den natürlichen Verhältnissen möglichst nahe zu kommen, Plazenten und Embryonen intraperitoneal implantiert. Bei allen Embryonentieren machte sich eine starke

Entwicklung der Brustdrüsen bemerkbar, in einem Falle gelang auch die Erzeugung einer Milchsekretion. Die Veränderungen waren um so deutlicher, je mehr Injektions- beziehungsweise Transplantationsmaterial verwendet wurde. Bei den Implantierungstieren ergaben sich weniger intensive Veränderungen als bei den Injektionstieren. Als Brunsterscheinungen konnten sie nicht gedeutet werden, da sie auch bei kastrierten Tieren beobachtet wurden. Bei Plazentatieren konnte eine stärkere Entwicklung der Milchdrüse nicht beobachtet werden. Biedl und Königstein sind daher geneigt anzunehmen, daß das Wachstum der Milchdrüse unter normalen Verhältnissen durch ein Hormon bedingt ist, das hauptsächlich im heranwachsenden Embryo erzeugt und durch die Plazenta hindurch auf dem Wege des Blutstroms der Drüse zugeführt wird.

Schäfer und Mackenzie injizierten milchenden Hunden und Katzen intravenös Extrakte aus der Hypophyse, Plazenta, Uterus, Brustdrüse, Duodenum, Leber, Milz, Niere, Schilddrüse, Ovarium, Hoden, Thymus und Nebenniere, weiterhin Pilokarpin, Eserin und Nikotin. Eine sekretionserregende beziehungsweise befördernde Wirkung konnte bei der Injektion von Hypophysenextrakten (Hinterlappen, der Vorderlappen enthält keine galaktogoge Substanz) insbesondere aber von Extrakten aus dem Lobus posterior des Ochsen und dem Corpus luteum des Schafes beobachtet worden. Alle anderen Extrakte erwiesen sich als unwirksam. Aschner und Grigorin stellten gleichfalls Untersuchungen über sekretionsbefördernde Mittel an. Sie fanden, daß nichtmilchende Tiere (Meerschweinchen), die früher einmal geboren hatten, durch jedes Lymphagogicum zur Milchsekretion veranlaßt werden können. Bei virgilen Tieren rufen nur Plazentabrei und Fötalbrei oder deren wässerige Extrakte eine wirkliche Milchsekretion und Hypertrophie der Milchdrüsen hervor. Frisch bereitete Ovarialextrakte haben eine gleiche, aber viel geringere Wirkung. Das die Milchsekretion hervorrufende Agens wird durch Erhitzen und durch Alkohol zerstört. Die Kochextrakte der genannten Organe wirken lymphagog und bewirken eine mäßige Hypertrophie und Kolostrumsekretion. Die Milchsekretion wird nicht nur durch arteigene, sondern auch durch artfremde Hormone bewirkt.

Ott und Scott konnten bei Ziegen eine Steigerung der Milchmenge durch Injektion von Infundibulin sowie von Extrakten des Corpus luteum, der Thymus und der Glandula pinealis bewirken. Ovarialextrakt ohne Corpus luteum hingegen war unwirksam, ebenso der Kochextrakt der Thymus.

Paton und Cathcart riefen bei einer Ziege durch Verabreichung von Phlorrhizin eine lebhafte Glukosurie hervor, während welcher die Milchproduktion und der Gehalt der Milch an Zucker erheblich zurückging. Der niedrigste Stand zeigte sich am Tage der intensivsten Glukosurie beziehungsweise am darauf folgenden Tage. Dieser Umstand läßt die Schlußfolgerung zu, daß der Blutzucker als die Quelle der Milchzuckerbildung anzusehen ist, und zwar beider Komponenten, der Glukose sowohl wie der Galaktose. Im Harne der Ziege fand sich außer der Glukose aber auch noch Laktose, ein Zeichen dafür, daß

Phlorrhizin die Permeabilität der Niere sowohl für Laktose wie für Glukose erhöht. Der erhöhte Fettgehalt der Milch während der Glukosurie der Ziege deutet darauf hin, daß eine verringerte Nutzbarmachung des Fettes infolge des Mangels an Kohlehydraten stattgefunden hat.

Robert Müller konnte von zwei virgilen Rindern im Verlaufe eines Monats aus den sehr kräftig entwickelten Eutern zirka $^1/_2$ l eines schleimigen Sekretes erhalten, das folgende Zusammensetzung hatte: Kasein 0·30%, Albumin 0·06%, Fett 0·20%, Asche 0·37%, Säuregrad 4·20. Pfaundler beschreibt ein von einem virginellen knapp 2jährigen Rinde herrührendes Eutersekret, das sich durch Lab zur Gerinnung bringen ließ, 4·3% bis 6·5% Fett, 0·34 bis 0·48%, Stickstoff und 3·5 bis 4·44% Milchzucker enthielt. Die Eutersekretion war offenbar dadurch zustande gekommen, daß, wie der Einsender der Milch mitteilte, andere Tiere an dem fraglichen Kalbe gesaugt hatten.

Helbig beobachtete in 10 Fällen, daß die Mutterbrust, ohne den physiologischen Saugreiz des Kindes, lediglich durch künstliche Entleerung monatelang in Gang erhalten werden kann, ohne daß die Milchmenge geringer zu werden brauchte. In einigen Fällen konnte sogar eine schlecht sezernierende Brust durch Entleerung mit der Milchpumpe in ihrer Leistungsfähigkeit gesteigert werden.

Hewlett, Villar und Revis untersuchten die Milch von drei Eseln, drei Ziegen und mehreren Frauen auf das Vorkommen von Zellelementen. Die vorliegenden Untersuchungen bestätigen die früheren Befunde derselben Autoren bei der Kuh, wonach die Zellelemente zu einem großen Teil aus polynukleären, zu einem etwas geringeren Teile aus mononukleären Zellen bestehen. Während bei einer Ziege ein temporäres Ansteigen ihrer Zahl auf äußere Ursachen zurückgeführt werden konnte (Indisposition infolge Bahntransportes), zeigte sich beim Weibe öfter, ohne ersichtliche Gründe, ein vermehrtes Auftreten von Zellelementen. Untersuchungen von Breed, Reed und Stedger über die Zahl der Körperzellen in der Kuhmilch ergaben bei einer 6 Wochen lang fortgesetzten Untersuchung der Milch von drei gesunden Kühen, daß ihre Zahl periodischen Schwankungen unterworfen ist und, ohne daß in dem Verhalten der Milch sich etwas Abnormes bemerkbar macht, Abweichungen von 0 bis 20,000.000 vorkommen können.

v. Ponicki stellte Untersuchungen mit 13 Kühen während eines größeren Teiles ihrer Laktationsperiode an. Nach diesen Untersuchungen besitzt die Milch von Niederungsrassen ein niedrigeres spezifisches Gewicht als die von Höhenvieh, bei beiden ist ein Ansteigen desselben mit fortschreitender Laktation unverkennbar. Auch der Fettgehalt ist bei Höhenrindern ein höherer als bei Niederungsrindern, ein Ansteigen im Verlaufe der Laktation ist besonders zu Ende derselben außerordentlich deutlich. Die beim Melken zuerst erhaltene Milch war am fettärmsten, die zuletzt ermolkene am fettreichsten (2·6% beziehungsweise 7·6%), die Menge der übrigen Milchbestandteile blieb hingegen unverändert. Bei verschiedenen Kühen jedoch wurde

ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Fett und den übrigen Bestandteilen gefunden, derart, daß eine fettreiche Milch auch einen höheren Gehalt an fettfreier Trockensubstanz besitzt als eine fettarme. Dementsprechend hat Niederungsvieh eine trockensubstanzärmere Milch als Höhenvieh, für die Trockensubstanz beider Gruppen ergab sich ein Verhältnis von 100 : 112, für die fettfreie Trockensubstanz ein solches von 100 : 107. Die fettfreie Trockensubstanz scheint ein ausschlaggebender Faktor für die Höhe des spezifischen Gewichtes zu sein. Unter den stickstoffhaltigen Substanzen ist es in erster Linie das Kasein, welches diese Verschiedenheiten bedingt. Der Kaseingehalt in der Milch des Niederungsviehs und der des Höhenviehs zeigte das Verhältnis 100 : 121. Die Albuminmengen sind in beiden Fällen nahezu gleich. Ganz allgemein wurde gefunden, daß die Trockensubstanz der Milch des Höhenviehs prozentual reicher an Fett und an Kasein ist als die des Niederungsviehs.

Bei akuten Infektionen von Scharlach und Grippe fand Marre bei Frauen die Milchmenge verringert, ebenso den Gehalt an Milchzucker, während die Menge der Eiweißstoffe des Fettes und der Asche erhöht war.

Weber konnte bei brünstigen Kühen im allgemeinen keine Abnahme der Milchmenge beobachten. Wo eine solche vorhanden war, konnte als Ursache das sogenannte „Aufziehen" festgestellt werden, ein Widerstand, der für geschickte Melker jedoch nicht in Betracht kommt. Der Fettgehalt der Milch erlitt während des Erregungszustandes keine bestimmten gleichbleibenden Veränderungen, in der Regel ist auch ihr Säuregrad unverändert, ausnahmsweise können hochgradig erregte Rinder eine Milch mit abnorm hoher Azidität liefern. Auch die Alkoholprobe gibt nur bei ausnahmsweise hoher Erregung ein positives Resultat. Bei der Verfütterung von Brunstmilch an erwachsene Menschen, Saugkälber und Saugzickel konnten schädliche Eigenschaften desselben nicht beobachtet werden.

Wellmann untersuchte die von einem ösophagotomierten Kalbe gesaugte Milch. Im Verlaufe des Sauggeschäfts veränderte sich die Milch in gleicher Weise wie beim gebrochenen Melken, die zuerst gesaugte Milch war somit die fettärmste, die zuletzt gesaugte die fettreichste. Zu Beginn des Saugens wurden zirka 8 bis 11% Speichel abgeschluckt, während in der zuletzt entnommenen Milch kein Speichel mehr nachgewiesen werden konnte.

Kolostrum.

Reinhardt und Seibold (2) suchten die bisher strittige Frage, ob in der Milch von frischmilchenden Kühen das Schardingersche Enzym fehlt oder ob das Ausbleiben der Reaktion gegen Formalinmethylenblau, das verschiedentlich beobachtet wurde, auf andere Ursachen zurückzuführen sei, dadurch zu lösen, daß sie die Milch von einer größeren Zahl von Kühen, die zum Teil aseptisch ermolken war, vom Momente des Kalbens an so lange untersuchten, bis sie sich dauernd wie normale Milch verhielt. Weiterhin wurde noch die Milch

altmilchender Tiere geprüft und die erhaltenen Resultate mit denen von Kolostralmilch verglichen. Alle Tiere waren gesund. Sie fanden, daß direkt nach der Geburt und meistens noch 2 bis 3 Tage nach derselben das Schardingersche Reagens innerhalb 12 Minuten entfärbt wird, dann aber verschwindet die Reaktion und tritt erst nach mehr oder weniger langer Zeit wieder ein, die in den meisten Fällen zwischen 3 und 8 Wochen schwankte. Ausnahmsweise konnten kürzere und längere Zeiten beobachtet werden. Bestimmte Ursachen für derartige Abweichungen konnten nicht nachgewiesen werden, insbesondere erwies sich die Behauptung von Schern (vgl. dieses Referat 1908 II und 1909 I), der ein besonders frühzeitiges Wiederauftreten der Reaktion darauf zurückführte, daß das Kalb nicht saugte, als unzutreffend. Das Enzym war in der Zeit, wo die Milch nicht reagierte, nicht vollständig verschwunden, da der Rahm von solcher Milch stets in relativ kurzer Zeit entfärbt wurde. Das Ferment läßt sich also im Rahm anreichern, ebenso wie die zuletzt ermolkene Milch die Reaktion in stärkerem Maße liefert als die zu Anfang ermolkene. Der Fermentgehalt steht übrigens nicht in irgend welchen festen Beziehungen zur Fettmenge, da fettreiche Milch oft langsamer entfärbte als fettärmere. Stets aber entfärbte der Rahm schneller als die dazu gehörige Milch, das Ferment scheint also dem Fette zu adhärieren. Daß im Kolostrum kein Antiferment enthalten ist, geht daraus hervor, daß mit Wasser verdünnte Milch mindestens eben so schnell ihre Wirksamkeit verlor als mit Kolostrum versetzte Milch. Die Intensität der Reaktion ist weiterhin abhängig von den Melkpausen, je kürzer diese, um so stärker auch die Entfärbung, also auch hier wieder Beziehungen zum Fettgehalte.

Das wirksame Agens ist ein Enzym; das nicht bakteriellen Ursprungs ist, denn die zuerst ermolkene Milch, die stets keimreicher ist als die zuletzt ermolkene, reduziert schwächer als letztere. Weiterhin nimmt in keimhaltiger wie in völlig steriler Milch die Reduktionsfähigkeit in den ersten Stunden nach dem Melken ab. Die Optimaltemperatur des Ferments liegt bei frischmilchenden Tieren bei 45°, bei altmilchenden bei 65°. Die nach einiger Zeit stattfindende Beschleunigung ist auf Rechnung von Bakterien zu setzen, da dann auch gewöhnliche Methylenblaulösung entfärbt wird, in völlig steriler Milch tritt eine Zunahme der Reduktionskraft nicht ein. In gewöhnlicher Milch sind somit zwei Agentien vorhanden, ein originäres, das lediglich Formalinmethylenblau entfärbt und ein bakterielles, das außer dem formalinhaltigen auch formalinfreies Methylenblau zu entfärben imstande ist.

Birk (1) bestimmte die Menge der Kolostrumasche zu 0·2814%, davon entfielen auf Ca 0·036%, Mg 0·0093%, K 0·077%, Na 0·0544%, P 0·1137%. Der Stickstoffgehalt des Frauenkolostrums betrug am 2. Tage post partum 1·9 bis 1·1%, am 3. Tage 1·0 bis 0·55%, am 4. Tage 0·56 bis 0·35%, am 5. Tage 0·42 bis 0·31%, am 6. Tage 0·43 bis 0·13%, am 7. Tage 0·48 bis 0·31% und am 8. Tage 0·41%. Stoffwechselversuche, die an drei gesunden, neugeborenen Kindern angestellt wurden, ergaben, daß infolge des hohen Stickstoffgehalts des

Kolostrums trotz quantitativer Unterernährung der Eiweißbedarf des Kindes gedeckt wurde, während bei der Ernährung mit reifer Frauenmilch eine negative Stickstoffbilanz statthatte. In diesem Falle war auch ein Defizit an K, Mg und P vorhanden.

Einfluß der Nahrung, Übergang von Stoffen.

Die landläufige Ansicht ist die, daß durch die Verfütterung großer Mengen wasserreicher Futtermittel eine gehaltärmere Milch erzeugt wird als durch die Verabreichung von Trockenfutter. Die Versuche von Tangl und Zaitschek, die mit einer größeren Zahl von wasserhaltigen Futtermitteln in dieser Richtung an 10 Kühen angestellt wurden, bestätigen diese Auffassung nicht. Verabreicht wurden Maisschlempe, Kürbisfleisch, Rüben, Kartoffeln, Luzerne. Die mit Schlempe und Kürbis gefütterten Tiere konsumierten so gut wie kein Trinkwasser, während bei der Verfütterung der übrigen Futtermittel zum Teil noch bedeutende Wassermengen aufgenommen wurden. Die bei dieser Fütterung produzierte Milch zeigte keinen nennenswerten Unterschied in ihrer Zusammensetzung gegenüber der bei Trockenfütterung erhaltenen. Bei einigen Futtermitteln konnten gewisse spezifische Wirkungen beobachtet werden. — 1. Maisschlempe. Erhöhung des Fettgehalts bei geringer Steigerung des Milchertrags. Geschmacksfehler wurden nicht beobachtet. — 2. Kürbisfleisch. Die Milchmenge nahm beträchtlich ab, der Trockensubstanzgehalt blieb derselbe, Fett-, Eiweiß- und Aschegehalt waren erhöht, der Zuckergehalt vermindert, die Milch war während der Kürbisperiode schwach gelblich gefärbt. — 3. Futterrüben. Die Milchmenge wurde beträchtlich erhöht, ebenso der Eiweißgehalt derselben. Trotz reichlicher Rübenfütterung — 41 kg pro 500 kg Lebendgewicht — kein Rübengeschmack der Milch. — 4. Kartoffeln. Der Milchertrag war um ein geringes vermindert, die Zusammensetzung der Milch blieb unverändert. — 5. Luzerne. Die Milchmenge wurde bedeutend gesteigert, der Eiweißgehalt stieg an, der prozentische Fettgehalt wurde um ein geringes vermindert. — Im Verlaufe der Laktation sank die Milchmenge, ihr Gehalt an Fett und Eiweiß nahm zu, Zucker- und Aschengehalt blieben unverändert. Die Menge der ermolkenen Morgenmilch verhielt sich zu der der Abendmilch wie 65 : 45. Die Abendmilch war stets erheblich fettreicher als die Morgenmilch.

Aus dem von Hansen zusammengestellten zweiten Berichte vom Dikopshofe interessieren in erster Linie die von ihm angestellten Fütterungsversuche. Aus diesen ist zu entnehmen, daß Wicken, die im allgemeinen nicht als Milchfutter gerühmt zu werden pflegen, sich in den vorliegenden Versuchen sehr gut bewährt haben. Auch Sojabohnenkuchen bewährte sich im ganzen recht gut, allerdings ist darauf zu achten, daß eine Gabe von 1 bis $1^1/_2$ kg hiervon auf 1000 kg Lebendgewicht nicht überschritten wird, da die Qualität des Butterfetts etwas darunter leidet. Gesundheitliche Störungen konnten nicht beobachtet werden. Sehr schlechte Erfahrungen wurden mit Lein-

dotterkuchen gemacht. Durch diese wurde die Milch- und ganz besonders die Fettmenge sehr erheblich herabgesetzt. Weiterhin machten sich insofern unangenehme Wirkungen bemerkbar, als zunächst beim Wiederkäuen dem Maul der Tiere ein höchst widerwärtiger Geruch entströmte, der den Aufenthalt im Stalle unerträglich machte. Die Milch nahm einen intensiv bitteren, kratzenden Geschmack an, so daß sie direkt unverkäuflich wurde. Auch die daraus gewonnene Butter war in jeder Hinsicht minderwertig.

Die neuerlichen Untersuchungen von Morgen, Beger und Westhauser (1) ergaben, daß weder Ammoniumazetat noch Asparagin imstande sind, das Eiweiß des Futters zu ersetzen. Wesentliche Unterschiede zwischen diesen beiden Verbindungen bezüglich der Wirkung existieren nicht. Durch einen Ersatz der gleichen Eiweißmenge durch Kohlehydrate sank der Milchertrag aber noch erheblich mehr, so daß daraus zu folgern ist, daß Ammoniumazetat und Asparagin eine gewisse günstige Wirkung auf die Milchbildung ausüben, die sich aber nur auf die Quantität der Milch bezieht, nicht aber auf ihre Qualität. Die Ausnutzungsversuche ergaben von neuem, daß eine Bildung von unverdaulichem sogenanntem Bakterieneiweiß aus Ammoniumazetat oder Asparagin nicht erfolgt. Der Stickstoff dieser Substanzen wurde im Durchschnitte zu 32·2% verwertet und zwar nicht nur für Lebenserhaltung, sondern auch für die Produktion von Milch, Wolle und Fleisch.

Untersuchungen über den Futterwert von frischem Grase und dem daraus hergestellten Trockenfutter wurden von Morgen, Beger und Westhauser (2) angestellt. Die Versuche ergaben, daß das frische Gras einen höheren Verdauungskoeffizienten besitzt als das getrocknete. Bei der Lufttrocknung wurden 4·9% Rohprotein, 13·3% Reineiweiß, 37·2% Fett, 7·6% der N-freien Stoffe und 6·2% organische Substanz verloren. Bei Verabreichung des Trockenfutters wurde eine geringere Milchmenge erhalten als bei Verabreichung des frischen Grases, immerhin waren die Differenzen nur sehr geringe, die zu keiner strikten Schlußfolgerung berechtigten. Die Refraktion des Milchfettes blieb im ganzen unverändert. Die von Morgen, Beger und Westhauser (3) an 4 Ziegen angestellten Versuche über den Einfluß von Rüben- und Schnitzelextrakten, welche kein ganz eindeutiges Bild ergaben, ließen keine Beeinflussung der Milchfettproduktion erkennen. Rosengren berichtet, daß die Verfütterung von Sojabohnenkuchen in Mengen, die 2·5 kg pro Tier und Tag nicht überschreiten, keinen schädlichen Einfluß auf die Beschaffenheit des Butterfetts ausübt. Cranfield fand, daß bei Kokoskuchenfütterung die Zusammensetzung des Milchfetts in der Weise sich ändert, daß die Refraktion sinkt (von 46·5 auf 44·0 bei 35°) und die Polenskesche Zahl ansteigt (von 2·3 auf 3·7). Bei Leinkuchenfütterung stieg die Refraktion von 46·5 auf 48 (bei 35°), während die Polenskesche Zahl sank (von 2·3 bis 1·5). Seißl und Westermeier fanden, daß die Verfütterung von Nigerkuchen weder hinsichtlich der Milchmenge noch bezüglich des Fettgehalts der erzeugten Milch den gleichen Einfluß gewährt wie die mit ihm verglichenen Kraftfuttermittel.

Durch besondere Steigerung der Futtergaben, auch mit den anderen Kraftfuttermitteln, wurde, wie nicht anders zu erwarten, weder bei der Menge der ermolkenen Milch noch bei deren Fettgehalt ein Ersatz erzielt. Nach Kellner, Weiniger und Neumann ist Trockenhefe ein hochverdauliches, wegen ihres Proteinreichtums besonders wertvolles Futtermittel, dessen organische Substanz fast vollständig (zu 90%) verdaut wird.

Clauss zeigte, daß durch Verminderung des Futters bei Kühen eine Milchabnahme erfolgt, die nicht auf Rechnung des physiologischen Laktationsabfalles zu setzen ist, sondern auf die Verminderung der Kraftfuttergaben zurückgeführt werden muß. Die Zusammensetzung der Milch wurde hierbei nicht verändert. Dieser Umstand ist sehr wesentlich, da es unter Umständen rentabel erscheint, geringere Kraftfuttermengen zu verabreichen und sich mit geringeren Milchmengen zu begnügen, wenn die erhöhte Kraftfuttermenge durch die mehr ermolkene Milch nicht mehr bezahlt gemacht wird, wie dies zum Teil in den vorliegenden Versuchen der Fall war. So wurde in einem Falle durch die Verminderung des Futters 11·61 Pfg. täglich gespart, während die Milchabnahme 0·65 kg betrug. Hier würde also die Mehrproduktion von 1 kg Milch 17·68 Pfg. betragen, was entschieden als unrentabel bezeichnet werden muß.

Fingerling (1) untersuchte die Einwirkung von Futter, das extrem arm an Kalk und an Phosphorsäure war, auf die Milchsekretion von Ziegen. Es zeigte sich, daß die Tiere bei einem Mangel an Mineralstoffen in der Nahrung zunächst den Körperbestand angreifen, um die Mineralstoffmenge der Milch decken zu können. Allmählich geht dann die Milchmenge zurück, ebenso die Menge der einzelnen Bestandteile. Werden dann dem Futter Kalk und Phosphorsäure hinzugefügt, so steigt die Milchmenge wieder bis zur Norm an.

Fingerling (2) untersuchte den Einfluß der in der Melasse enthaltenen Reizstoffe auf die Milchsekretion, indem er in einem reizstoffarmen Futter von genügendem Stärkewert einen Teil desselben durch eine äquivalente Melassemenge ersetzte. Es ergab sich, daß die Melassefütterung einen außerordentlich günstigen Einfluß auf die Milchsekretion ausübte. Ein Vergleich mit gewürzreichem Futter zeigte, daß die fördernde Wirkung der Melasse die eines andern Futters, das reich an Reizstoffen ist, nicht überschreitet, vor einem solchen also keinen Vorzug besitzt. Immerhin ist wichtig, daß die Melasse in der Reihe der Reizmittel ein weiteres Glied bildet, um fade Futtermischungen (beregnetes Heu, Stroh, Schnitzel usw) den Tieren schmackhaft zu machen.

Coleschi will gefunden haben, daß beim Genusse von kalziumbikarbonathaltigen Wässern durch stillende Frauen ein großer Teil des Kalkes durch die Milch ausgeschieden wurde. Diese Wirkung ist besonders günstig bei solchen Wässern, die eine beträchtliche Quantität natürlicher Kohlensäure enthalten. Coleschi empfiehlt daher die Verabreichung solchen Wassers an stillende Frauen. Allemann konnte selbst bei Verfütterung enorm großer Salzgaben keinen Übergang anorganischer Bestandteile in die Milch beobachten,

nur bei Verfütterung sehr großer Mengen von Salpeter schien sich solcher spurenweise in der Milch wiederzufinden. Eine Veränderung in der Zusammensetzung der Milchasche konnte durch keine sonstwie geartete Fütterung erreicht werden. Titze und Wedemann fütterten 61 Tage lang mit Bordeauxbrühe bespritztes trockenes Weinlaub in einer Quantität von je 2 kg täglich mit einem Gehalte von 0·015% Cu, so daß die Tiere täglich 1·18 g $CuSO_4 + 5H_2O$ aufnahmen. In der Versuchsperiode erhielten sie somit je 71 g Kupfersulfat. Während dieser ganzen Zeit konnte kein Kupfer in der Milch nachgewiesen werden, ebenso wie in einer weiteren Periode, während welcher den Tieren je 0·5 bis 2 g Kupfersulfat täglich bis zu ihrer Schlachtung verabreicht wurden. Gesundheitsstörungen traten während dieser ganzen Zeit nicht auf. Den reichsten Cu-Gehalt enthielt die Leber, während Euter, Muskeln und Fettgewebe frei von Cu waren.

Koldewyn fand, daß bei der Verabreichung von Kalomel an Kühe und Ziegen oder bei der Einreibung mit Quecksilbersalbe kein Quecksilber in der Milch nachgewiesen werden konnte. Im Harne traten Spuren desselben auf. Blei, in Form von 2·5 g Azetat pro Tag 10 Tage lang an eine Kuh gefüttert, konnte ebenfalls nicht in der Milch wiedergefunden werden. Bei der Ziege hingegen konnte eine schwache Bleireaktion in der Milch beobachtet werhen. Antimon, Zink und Wismut, in Form von Brechweinstein, Zinkoxyd und basischem Wismutnitrat verabreicht, konnten in Kuhmilch ebenfalls nicht vorgefunden werden. Lithium erwies sich als normaler Bestandteil der Milch (0·1 mg in 100 cm^3 Milch). Eine Verfütterung von 5 g Lithiumkarbonat erhöhte ihren Lithiumgehalt nicht.

Von organischen Substanzen wurde Alkohol in Ziegenmilch nur dann nachgewiesen, wenn größere Mengen davon verabreicht wurden. Ein Übergang von Morphin in Kuhmilch fand nicht statt. Das gleiche gilt für Aspirin bei Kuhmilch, für Zytisin bei Ziegenmilch. Hingegen zeigten sich bei einer 10 Tage lang fortgesetzten Verabreichung von täglich 20 g Chininsulfat 0·1 mg Chinin in 100 cm^3 Kuhmilch. Auch bei der Verfütterung großer Mengen von Urotropin gehen geringe Mengen davon in die Milch über. Phenolphtalein und Fluoreszein wurden in Ziegenmilch nicht mehr vorgefunden.

Möllmann verfütterte an mehrere Ziegen und eine an chronischem Darmkatarrh leidende Kuh Opium in sehr erheblichen Mengen, konnte aber nur bei einer Ziege und der Kuh den Übertritt von Morphin in Spuren in die Milch nachweisen. Die Verfütterung solcher Milch an junge Hunde hatte keinen schädlichen Einfluß. Der Einfluß der Opiumfütterung auf die Milchproduktion war folgender: Ganz unwesentliche Verminderung der Milchmenge, kein Einfluß auf Geruch, Geschmack, Reaktion und spezifisches Gewicht sowie Zucker. Sinken des Fettgehalts.

Der Gehalt der Milch einer nephritischen Frau an Fett, Zucker, Asche und Stickstoff zeigte nach Untersuchungen von Engel und Murschausser (1) keine Abweichung von der Norm, auch die Milchsekretion war ungestört. Die Menge des Reststickstoffs war jedoch

im Vergleiche zu normaler Milch stark erhöht und betrug 27·9 bis 32·88% des Gesamtstickstoffs. In diesem Falle diente die Milchdrüse gewissermaßen als Exkretionsorgan für harnfähige Stoffe. Ein schädlicher Einfluß auf das gestillte Kind war nicht festzustellen. Engel und Murschausser verfütterten an zwei stillende Frauen Harnstoff in Mengen von 15 g täglich und fanden, daß hiernach der Reststickstoff im Blutserum wie in der Milch erheblich ansteigt. Die Milchdrüsenzellen verhalten sich demnach dem Harnstoffe gegenüber nicht selektiv, wie dies anderen Substanzen gegenüber der Fall ist.

Die geringe Menge von Harnsäure und Purinbasen, die Filia in der Ziegenmilch fand, konnte durch Zufütterung von Harnsäure oder durch subkutane Injektion derselben nicht wesentlich erhöht werden.

Jesionek konnte in zwei Fällen, in denen syphilitische Frauen mit Salvarsan behandelt wurden, an deren Säuglingen wiederholt das Auftreten syphilitischer Krankheitserscheinungen beobachten. Als diesen die Milch einer mit Salvarsan behandelten Ziege verabreicht wurde, konnten bei einem Kinde die syphilitischen Symptome in kurzer Zeit zum Verschwinden gebracht werden. Jesionek vermutet, daß außer dem Salvarsan mit der Muttermilch auch Toxine auf die Kinder übergehen können. Die beiden Bernstein konnten in der Milch einer Frau, die mit Salvarsan behandelt worden war, Arsen in organischer Bindung an einer Aminobenzolgruppe nachweisen, so daß die Vermutung besteht, daß Salvarsan selbst oder ein ihm sehr nahe stehendes Umwandlungsprodukt in die Milch übergegangen ist. Auch in der Milch einer mit Salvarsan behandelten Ziege war Arsen enthalten, aber in erheblich geringeren Mengen als in der Frauenmilch. Eine Heilwirkung auf einen hereditär syphilitischen Säugling vermochte sie nicht auszuüben. Chambrelent und Chevrier fanden überhaupt kein Arsen in der Milch einer mit Salvarsan behandelten Ziege.

Bakterien.

Das landwirtschaftlich-bakteriologische Praktikum von Löhnis enthält einen 33 Seiten umfassenden Abschnitt über Bakteriologie der Milch und Molkereiprodukte mit Angaben der in Betracht kommenden biologischen Untersuchungsmethoden. Bei aller Kürze ist es klar und leicht verständlich geschrieben.

Gutzeit suchte die Frage zu lösen, worauf es zurückzuführen sei, daß in filtrierter oder zentrifugierter Milch eine größere Zahl von Bakterien enthalten ist als in unbehandelter Milch. Die allgemeine Annahme ist die, daß durch die Behandlung der Milch Bakterienhäufchen oder -ketten zerrissen werden, so daß die Vermehrung nur eine scheinbare sei. Er schickte gleichzeitig zwei Proben derselben Milch, die vor dem Versuche auf ihren Keimgehalt untersucht worden war, durch ein mit Porzellanschrot gefülltes beziehungsweise ein leeres Filter, so daß beide Milchproben einen gleichartigen Weg zurücklegen mußten, wobei die eine Milch filtriert wurde, die andere aber nicht. Es konnte dann in beiden Fällen eine starke Zunahme des Keim-

gehalts festgestellt werden, die annähernd gleich groß war. Auch bei kurz dauernden Zentrifugenversuchen ergab sich, daß die nichtzentrifugierte Milch eine eben so starke Bakterienzunahme erfuhr als die zentrifugierte Milch. Schüttelversuche ergaben dieselben Resultate. Gutzeit schließt daraus, daß die Vermehrung der Bakterien keine scheinbare, d. h. durch Zerteilen von Bakterienknäueln zustande gekommene, sondern eine wirkliche, aber auch nicht durch den fördernden Einfluß der Erschütterung auf den Teilungsprozeß zu erklären, vielmehr eine Funktion von Zeit, Temperatur und der übrigen Wachstumsfaktoren ist. Durch niedrige Temperaturen wird das Wachstum ungünstig beeinflußt, eine Vermehrung ist demnach so leicht nicht möglich. Dies ergab sich bei einem Zentrifugenversuch mit kalter Milch (8° C), hier wurde eine Vermehrung des Keimgehaltes ebensowenig wahrgenommen als bei der nicht zentrifugierten Milch.

Rogers wendet sich gegen die Klassifizierung der Milchsäurebakterien nach den Gärungserscheinungen in der Milch. Viel sicherer erscheint ihm die Vergärung von reinen Substraten.

Söhngen fand, daß Milch ein günstiges Medium für fettspaltende Mikroben ist. In spontan infizierter Milch, die in der in der Praxis gebräuchlichen Weise aufbewahrt wird, gehen Wachstum und Absterben der fettspaltenden Bakterien und der Milchsäurebakterien nahezu parallel, sie hängen im wesentlichen von der Säurebildung ab. Der schädliche Einfluß der fettspaltenden Mikroben auf die Qualität der Molkereiprodukte beruht außer auf ihren lipolytischen Eigenschaften hauptsächlich auf der Bildung bitter schmeckender und schlecht riechender Produkte aus den Milcheiweißkörpern.

Darbois fand, daß Micrococcus melitensis, der in sterilisierter Milch monatelang haltbar ist, in Symbiose mit Milchsäurebakterien bis zu 18 Tagen lebensfähig sein kann, sich also auch in Molkereiprodukten, wie Butter, Käse usw., vorfinden kann. Er ist demnach resistenter als Tuberkelbazillen. Gewisse Käsesorten, die eine sehr lange Reifungszeit durchzumachen haben, können als frei vom Micrococcus metitensis betrachtet werden.

Ayers und Johnson stellten umfangreiche Untersuchungen über die bakteriologische Qualität der rohen und der pasteurisierten Handelsmilch an. Nach ihren Befunden sind in der letzteren stets Milchsäurebakterien enthalten, die teils daher rühren, daß der Erhitzungsgrad der Milch nicht ausreichend war, sie vollkommen abzutöten, teils sind sie während des Füllens der Milch auf Flaschen hineingelangt. Danach ist die Säureentwicklung in pasteurisierter Milch annähernd dieselbe wie in reiner roher Milch. Ebenso ist das Verhältnis der peptonisierenden Milchsäure oder Alkali bildenden oder Fäulnis erregenden Bakterien in beiden Milcharten annähernd das gleiche. In beiden Fällen sind die Fäulniserreger in größter Menge vertreten, ihnen folgen die Milchsäurebakterien, während die peptonisierenden Bakterien in geringster Zahl vorhanden sind. In ungenügend pasteurisierter Milch sowie in schmutziger Rohmilch stehen die Milchsäurebakterien an erster Stelle, dann kommen Fäulnis-

erreger, zuletzt die peptonisierenden Bakterien. Je größer der Pasteurisationseffekt, um so mehr treten die Milchsäurebakterien zurück. Bei $^1/_2$stündiger Erhitzungsdauer der Milch auf 60° widerstehen zirka 4·8% der Säurebakterien der Erhitzung. Beim Erhitzen auf 65·6° beträgt ihre Zahl noch 0·74%. Einzelne Milchsäurebakterien wurden erst bei $^1/_2$stündiger Erhitzung auf 75·6° C oder 10 Minuten langer Dauer auf 77·8° abgetötet. Sie spielen die Hauptrolle für die Säuregerinnung in pasteurisierter Milch. In pasteurisierter Milch findet unter sonst gleichen Bedingungen keine raschere Bakterienvermehrung statt wie in Rohmilch.

Nach Untersuchungen von Effront (1) übersteigt die im Verlaufe der Gärung bei Gegenwart von $CaCO_3$ sich bildende Säuremenge in Milch durch den Bac. bulgaricus die Menge des vorhanden gewesenen Zuckers, was auf die Mitwirkung einer Amidase oder eines Enzyms, welches dem von den Buttersäurebakterien gebildeten analog ist, schließen läßt. Die Bildung von Ammoniak war bei Gegenwart von Asparagin als N-Quelle am größten und betrug zirka 75% des Gesamt-N, bei Peptonen belief sie sich auf 40%, in Milch geht die Ammoniakbildung in erheblich geringerem Umfange vor sich. Freie Säure und Glukose verlangsamen sie in ganz erheblichem Maße. Die vergorene Milch war vollständig frei von Kasein und Albumin. Die flüchtigen Säuren enthielten Ameisen- und Essigsäure. Die therapeutische Wirkung bei Magen- und Darmkrankheiten soll auf der Anwesenheit von Amidase und nicht auf der Bildung von Milchsäure beruhen. Bertrand widerspricht den Effrontschen Befunden und spricht die Vermutung aus, daß, wenn es sich bei dessen Versuchen nicht um eine besondere biologische Abart der Mikroben handelt, dann sicher ein anderer Mikroorganismus sich in die Effrontschen Kulturen eingeschlichen hat, z. B. Baz. perfringens oder sporogenes. Gegen diese Bemerkungen von Bertrand wendet sich Effront (2) und bemerkt, daß er aus dem für medizinische Zwecke bestimmten Laktobazillin eine Bakterie isoliert habe, die sich vollständig anders verhält als die gewöhnliche bulgarische Bakterie. Während diese starke Säureentwicklung bewirkt, wobei aber nur wenig flüchtige Säuren gebildet werden, und die Eiweißkörper nur unvollständig angreift, bildet die von Effront isolierte Bakterie große Mengen flüchtiger Säuren und verändert das Kasein in weitgehendstem Maße, das vollständig gelöst wird. Effront vermutet, daß die von ihm studierte Mikrobe keine von der Bertrandschen prinzipiell verschiedene darstellt, sondern eher als eine biochemische Abart derselben, die durch abweichende Kulturbedingungen entstanden ist, zu betrachten ist. Die Effrontsche Abart fand sich in allen von ihm untersuchten medizinischen Laktobazillinpräparaten, in denen die gewöhnliche bulgarische Bakterie nicht gefunden werden konnte.

Bertrand und Veillon untersuchten die Einwirkung des Yoghourtbazillus nicht nur auf die Hexosen, sondern auch auf die diesen entsprechenden einbasischen Säuren. In diesen Fällen trat keine Milchsäuregärung auf. Bei Mischungen von Zucker und der Kalksalze der entsprechende Säuren wurde nur aus den Zuckern Milchsäure gebildet.

Fettick (2) untersuchte eine Milch mit einem scharfen kratzenden, bitteren Geschmack, derart, daß sie nicht mehr genießbar war. Sie reagierte alkalisch und nahm bei längerem Stehen Erdbeergeruch an. Als die Ursache dieser Erscheinung wurde eine Bakterie isoliert, die nach ihren kulturellen und morphologischen Eigenschaften als identisch mit dem Bakterium fragaroidea Huss. anzusprechen ist. Sie stammte aus dem in dem betreffenden Stalle verwendeten Heu und Maisstroh. Huß hatte sie in Butter gefunden, in Milch war sie bisher noch nicht ermittelt worden.

Barthel (1) beobachtete zwei Fälle von schleimiger Milch, deren einer durch eine Bakterienart verursacht wurde, die mit dem Baz. lactis viscosus identische Eigenschaften zeigte, während der andere Fall durch einen zur Gruppe des Bact. Lactis aerogenes gehörenden Mikroorganismus hervorgerufen wurde.

Sadler untersuchte eine Milch, die einen bitteren und ausgesprochenen Kochgeschmack hatte. Als den Erreger dieser Erscheinung isolierte er einen Organismus vom Typus Bact. acidi lactici Leichmann, der in der Milch und anderen Nährböden den ausgesprochenen intensiven Kochgeschmack hervorrief. In Milch trat dieser zuerst auf, erst später erfolgte die Gerinnung. Die Bakterie ist fakultativ anaerob, wächst auf Platten auf der Oberfläche in porzellanweißer, in der Tiefe in dunkler Farbe, die Kolonien sind sphärisch und haben 3 bis 5 mm Durchmesser. Das eiförmige Bakterium tritt meistens zu zweien auf, seine Länge beträgt 0·8 bis 1·6 u, seine Breite 0·5 bis 0·8 u. Es bildet keine Sporen und ist unbeweglich. Es läßt sich mit allen gebräuchlichen Farbstoffen, am besten mit Gentianaviolett färben und ist grampositiv. Sein Temperaturoptimum ist 30 bis 35°.

Schultze (1) machte in 6 Fällen die Beobachtung, daß das Auftreten der blauen Milch seine Ursache in einer Infektion der Euterzisterne mit Bact. syncyaneum hatte, wie die aseptische Milchentnahme ergab. In allen Fällen war die Milch in allen 4 Drüsenvierteln infiziert, im Gegensatze zu sonstigen galaktogenen Erkrankungen. Eine Übertragungsmöglichkeit auf noch nicht infizierte Euter erblickt Schultze darin, daß die ersten Milchstrahlen in die Streu gemolken werden, dann aber auch in der mangelhaften Art der Reinigung des Euters und der Hände vor dem Melken. Durch Infusionen von desinfizierenden Flüssigkeiten ins Euter sowie Waschung desselben konnte der Fehler beseitigt werden.

In 9 von 23 Milchproben fand Tartler Streptokokken, aber nur 2 dieser 9 Proben besaßen hämolytische Eigenschaften. Solche Milch, die viel Streptokokken enthält, hält er als für Kindermilch nicht geeignet, während er solche Milch, die nur wenig Streptokokken enthält, ohne daß das klinische Bild einer Euterentzündung vorliegt, passieren läßt. Natürlich ist eine ständige Überwachung solcher Kühe nötig.

Die Untersuchungen Petruschkys über Streptokokken in der käuflichen Milch ergaben, daß diese bis zu 90% aller Keime in der Milch ausmachen. Sie stammen nicht ausschließlich aus dem

Kote der Tiere, die Hauptmenge stammt aus dem Euter selbst. Kühe mit akuter oder chronischer Mastitis sowie Kühe, die sich im Inkubationsstadium solcher Entzündungen oder in der Rekonvaleszenz befinden, aber auch solche, die nach dem Überstehen einer solchen Krankheit Keimträger bleiben (Kokkenkühe) sind als die Hauptquellen der Streptokokken anzusehen. Bei erhöhter Temperatur, von 20° aufwärts, können die Streptokokken alle übrigen überflügeln und schließlich bis zu 99% aller Milchbakterien ausmachen. Unter den in der Milch vorkommenden Streptokokken- und Lanceolatusstämmen finden sich eine ganze Reihe morphologisch und biologisch differenter Typen, die sich fast alle an einer mehr oder weniger intensiven Säureproduktion beteiligen. Auch die aus Krankheitsprozessen des Menschen stammenden Stämme sind in der überwiegenden Mehrzahl Säurebildner. Die biologische Abgrenzung eines besonderen Stammes als Streptococcus acidi lactici ist nach Ansicht von Petruschky nicht haltbar, auch nicht auf Grund der vergleichenden Untersuchungen über Hämolyse, Agglutination, Tierversuch usw.

Etwaige infektiöse Eigenschaften der Streptokokken sind durch das Kochen der Milch mit Leichtigkeit auszuschalten. Aber die in den Bakterienleibern enthaltenen Endotoxine, die auch in reinen Saprophyten enthalten sind, werden durch das Kochen nicht unschädlich gemacht, solange die Milch eine basische oder nur schwach saure Reaktion zeigt. Starke Säuerung der Milch, die zur Gerinnung derselben führt, macht die Endotoxine in der Regel unschädlich. Mäßig bakterienhaltige Milch (zirka 100.000 Keime in 1 cm^3) kann nach erfolgter Abkochung vom gesunden Säugling ohne Schädigung ertragen werden, während mit starker Steigerung des Bakteriengehaltes die Gefahr schwerer Endointoxikation in geometrischer Progression mit dem Bakteriengehalte wächst. Der Sommerdurchfall der Säuglinge ist daher nicht als ein Infektionsprozeß, als vielmehr als ein Intoxikationsprozeß aufzufassen, an dem sich in erster Linie die Streptokokkengifte beteiligen.

Rullmann stellte auf zwei Gütern Erhebungen über Streptokokkenmastitis an. Auf einem Gute, dessen Ställe allen hygienischen Anforderungen entsprachen, und die von einem sehr sauberen, auf eigene Gesundheit kontrollierten Personal bedient wurden. Von 26 Milchproben zeigten nur 3 einen mastitisverdächtigen Leukocytengehalt und nur aus einer Probe konnten vielgliedrige lange Ketten gezüchtet werden. Eine nach 7 Monaten vorgenommene Nachprüfung ergab gleichfalls ein äußerst günstiges Resultat, bei keinem einzigen Tiere gab der Leukocytengehalt der Milchproben zu irgend welchen Bedenken Anlaß, bei den Tieren, die bei der ersten Kontrolle etwas bedenkliche Resultate geliefert hatten, ergab sich eine ganz wesentliche Besserung im Euterbefunde. Ganz anders lagen die Verhältnisse auf einem zweiten Gute. Hier herrschten bei weitem nicht die Sauberkeitsverhältnisse wie auf dem ersterwähnten. Kühe mit ausgeprägter Mastitis standen neben anderen noch nicht infizierten, so daß für diese eine große Infektionsgefahr vorlag. Hier wurden bei 10 Kühen im direkten Zentrifugatausstriche lange Ketten in reich-

licher Menge, bei 7 anderen Tieren spärlich gefunden. Eine Nachprüfung mußte unterbleiben, da der Besitzer alle bis auf eine Kuh wegen ständig sich steigernder Agalaktie verkauft hatte. Die Untersuchung des neu eingestellten Bestandes ergab bei 5 von 37 Tieren einen verdächtig hohen Leukocytengehalt, bei dreien im Zentrifugatausstriche mehrgliedrige lange Streptokokkenketten. Die $^1/_4$ Jahr später vorgenommene Kontrolle ergab eine bedeutende Zunahme der Streptokokkenmastitis.

Briscoe und MacNeal geben ein umfangreiches Literaturmaterial betreffend das Vorkommen von Tuberkelbazillen in Milch und Molkereiprodukten wieder. Von den eigenen Arbeiten interessieren in erster Linie diejenigen, die sich mit der Frage befassen, ob tuberkulöse Kühe mit gesundem Euter tuberkelfreie Milch liefern oder nicht. In der mehrfach untersuchten Milch von 44 solchen Tieren wurden keine Tuberkelbazillen gefunden, doch enthielten die Fäzes solche des öfteren, so daß es nicht von der Hand zu weisen ist, daß die von anderen Autoren in der Milch tuberkulöser Kühe mit gesundem Euter beobachteten Tuberkeln aus den Exkrementen stammen.

Scordo zeigte, daß Ziegen sowohl durch orale wie intravenöse Infektion für Typhus empfänglich sind. Es werden dabei oft monatelang virulente Typhusbazillen mit der Milch ausgeschieden, die auch Typhusagglutinin enthält. Besonders empfänglich für Typhus sind Tiere, die vom Maltafieber befallen waren.

Schüler suchte nach einem brauchbaren Konservierungsmittel für Milchproben zum Zwecke der Untersuchung auf Tuberkelbazillen. Brauchbar fand er Formalin in einer Konzentration von 1 : 2000, da hierbei eine ausreichende Konservierung bei Temperaturen von über 20° erzielt wurde, ohne daß eine Schädigung der Tuberkelbazillen stattfand. Weiterhin könnte Borsäure in Verdünnungen von 1 : 50 bis 1 : 100 Verwendung finden, während Antiformin (Natriumhypochlorit in alkalischer Lösung) gänzlich unbrauchbar ist.

Zum Nachweise von Tuberkelbazillen in der Milch versetzen Zwick und Wedemann dieselbe mit einer wässerigen Lösung von zitronensaurem und salizylsaurem Natrium und Isobutylalkohol (Neusallösung? Ref.), die fertig von Hugershoff, Leipzig bezogen werden kann. Zu 20 cm³ Milch werden 10 cm³ dieser Lösung gegeben, 10 Minuten lang auf zirka 50° erwärmt und $^1/_2$ Stunde lang zentrifugiert. Die Virulenz der Tuberkelbazillen scheint durch diesen Behandlungsmodus unter der Voraussetzung, daß die angegebenen Behandlungszeiten nicht überschritten werden, nicht zu leiden. Das Reagens selbst wird bei der subkutanen Injektion an Meerschweinchen gut vertragen. Die Schwierigkeiten, die sich bei der Fixierung der aus der Rahmschicht entnommenen Proben ergeben (weil die Milcheiweißkörper gelöst sind!) können durch Anwendung von Hühnereiweiß oder Blutserum beseitigt werden.

Bakterienbekämpfung.

Hanne tritt für die sogenannte Kochpasteurisation ein, d. h. das Erhitzen der Milch bis zum Siedepunkte im luftverdünnten Raume

bei niedrigen Temperaturen. Diese Art der Pasteurisierung gewährleistet bis zu 60° herab eine sichere Abtötung der pathogenen Keime. Tiefere Temperaturen als 60° sind indessen nicht zu empfehlen. Je niedriger der Luftdruck und damit der Siedepunkt ist, eine um so längere Erhitzung ist nötig. Vor dem gewöhnlichen Verfahren des Pasteurisierens hat nach Hanne die Kochpasteurisierung den Vorteil, daß zunächst kein Kochhäutchen sich bildet und daß weiterhin die chemischen und biologischen Eigenschaften der Milch unverändert bleiben. Demgegenüber behauptet Neißer, daß die Kochpasteurisierung gegenüber der gewöhnlichen keine besonderen Vorteile bietet, insbesondere bewirke die Kochpasteurisierung stärkere Veränderungen der Milch als das Erwärmen auf die gleiche Temperatur unter gewöhnlichem Drucke, während im letzteren Falle zur Erreichung einer wirksamen Abtötung der pathogenen Keime ein nur um wenige Minuten längeres Erhitzen nötig sei als bei der Kochpasteurisierung, ein Umstand, der praktisch bedeutungslos sei. Endlich macht Neißer noch auf verschiedene Mängel der Apparatur und des Verfahrens als solchen aufmerksam. Trautmann verteidigt diesen Ausführungen gegenüber das „Hamburger" Verfahren.

Die Untersuchungen von Barthel und Stenström ergaben, daß eine Erhitzung der Molke auf 80° bis 85° während ganz kurzer Zeit durch Einleiten von Dampf oder im Wasserbade hinreichend ist, um Tuberkelbazillen vollständig abzutöten. Bemerkt sei noch, daß nur dann eindeutige Resultate erhalten wurden, wenn von Natur aus tuberkelhaltige Milch verwendet wurde. Bei Zusatz von Reinkulturen zur Milch wurden oft widersprechende Resultate erhalten.

Freund leitete durch Milch ozonhaltige Luft in Konzentrationen von 0·0018 bis 0·004 g Ozon in 1 l Luft, um deren Wirkung festzustellen. Als Ozonquelle diente ein Ozonisator von Siemens und Halske. Bei diesen Versuchen ergab sich, daß durch die Einwirkung von Ozonluft der Säuerungsprozeß der Milch in geringem Maße verlangsamt wird, gleichzeitig aber erfuhr die Milch tiefer gehende Veränderungen, die ihre Marktfähigkeit ausschlossen, Beim Einleiten von Ozonluft mit einem Gehalte von 0·0027 g Ozon in 1 l Luft trat nach 2 Minuten 15 Sekunden eine bräunliche Färbung ein, bei 55 Minuten langem Überleiten konnte eine schwache flockige Abscheidung an der Milchoberfläche beobachtet werden, Veränderungen, die durch nachfolgendes Lüften nicht beseitigt werden konnten, da sie höchstwahrscheinlich der Ausdruck tiefer gehender chemischer Veränderungen insbesondere des Fettes darstellen. Weiterhin wurde der Geschmack der Milch derart beeinflußt, daß sie ungenießbar wurde, der Ozongeruch konnte ebensowenig wie der seifige Geschmack durch Entlüften und Kochen beseitigt werden. Das Ozonsterilisierungsverfahren dürfte nach dieser Erfahrung keine weitere Anwendung erfahren. Gegenüber den Freundschen Befunden macht Wiener darauf aufmerksam, daß Freund mit viel zu hohen Ozonkonzentrationen (0·0018‰) gearbeitet habe, während ein Ozongehalt von 0·0003 bis 0·0004‰ hinreichend sei, um pathogene Bakterien vollkommen abzutöten. Eine rasche und gründliche Lüftung der Milch direkt nach

der Berührung mit dem Ozon sei unerläßlich, worauf die Milch auch nach dem Kochen eine Geschmacksveränderung nicht erkennen lasse.

v. Sobbe (1) warnt vor einem Milchkonservierungsmittel „Soldona". Es besteht aus einem Gemische von Formalin und Wasserstoffsuperoxyd, das übrigens nicht einmal so stark konservierende Wirkung hat, als ihm zugeschrieben wird.

Knape machte mit der Konservierung von Frauenmilch durch Perhydrol keine guten Erfahrungen; es konnte keine vollständige Sterilisierung, wie sie Much-Römer bei der gleichen Behandlung von Kuhmilch erhalten hatten, erzielt werden, dementsprechend war auch die Haltbarkeit der Milch eine sehr geringe. Die Schuld hieran liegt offenbar an dem hohen Katalasegehalt der Frauenmilch, die selbst große Mengen Wasserstoffsuperoxyd in kurzer Zeit zerlegt. Mayerhofer und Přibram empfehlen zur Konservierung der Frauenmilch an Stelle von Wasserstoffsuperoxyd Kalziumsuperoxyd. Durch Zusatz von 0·05 bis 0·1% CaO_2 kann oft eine sterile, mindestens aber eine sehr keimarme Milch erzielt werden.

Milchwirtschaft.

Nach den Versuchen von Seibold läßt sich eine absolut keimfreie Milch in der Praxis nur unter ganz besonders günstigen Umständen gewinnen. Am besten schneidet hierbei ab das Reinigen und Desinfizieren des Euters mit nachfolgender Benutzung steriler Melkröhrchen (0 bis 12 Keine), dann folgt die gleiche Behandlung des Euters ohne Anwendung von Melkröhrchen (0 bis 85 Keine), zuletzt das einfache Abwaschen des Euters mit Seifenwasser (0 bis 434 Keime). Die Trommsdorfsche Leukocytenprobe bezeichnet Seibold als eine Vorprüfung zur Ermittlung von Streptokokkenmastitis, der unter allen Umständen noch in der bakterioskopischen Untersuchung, meist auch noch die Züchtung der Keime auf Platten zu folgen hat. Harding, Wilson und Smith studierten an einer großen Zahl von Eimern verschiedenster Konstruktion den Einfluß der Form auf den Bakteriengehalt der Milch. Sie fanden, daß durch Verwendung zweckmäßiger verdeckter Eimer die Keimzahl um zirka 50% verringert werden kann. Für den besten Eimer halten sie einen solchen, der nicht höher als 12 Zoll ist und eine elliptische Öffnung von nicht mehr als 5 Zoll Breite und 7 Zoll Länge besitzt. Jeder gewöhnliche Eimer kann durch Aufsetzen eines verzinnten Deckels mit dieser Öffnung in einen zweckmäßigen Eimer verwandelt werden.

Bickel und Röder betrachten als die Hauptursache für die Sommersterblichkeit der künstlich ernährten Säuglinge den Umstand, daß die Milch vielfach schlecht gekühlt aufbewahrt wird. Sie fordern, daß die zuständigen Instanzen auf eine zweckmäßige Kühlung ihr Augenmerk richten und zur Verbreitung einer nach dieser Hinsicht geeigneten Methode beitragen.

Martiny kann in der Tätigkeit der Rindviehkontrollvereine keine wesentlichen Fortschritte erblicken. Ihr einziger Nutzen ist der, daß manchem Landwirt durch sie erst die Erkenntnis von der Bedeutung geworden ist, welche der Milchgewinnung beizumessen ist.

Schätzel berichtet über Kontrollprüfungen an 26 Herden von Shorthornkühen, einer Rasse, die bisher in erster Linie der Fleischproduktion diente, die aber jetzt auf kombinierte Leistung (Fleisch und Milch) gezüchtet werden sollen. Der Durchschnittsmilchertrag in den einzelnen Herden schwankte zwischen 2152 und 3491 kg Milch das Gesamtmittel betrug 2988 kg. Es wurde von 14 Herden überschritten. Der prozentische Fettgehalt schwankte zwischen 3·17 und 3·65% und betrug im Mittel 3·38% Fett. Der höchste Milchertrag einer Kuh betrug 4713 kg.

Die von Müller-Kögler mitgeteilten Leistungsprüfungen bei Ziegen beweisen, was für ein dankbares Zuchtobjekt die Ziege ist. Der durchschnittliche Milchertrag von 57 Tieren betrug 685·56kg jährlich. Bei 24 Tieren lag der Ertrag über dem Durchschnitte, bei 33 Tieren darunter. Die Grenzen nach oben und unten waren 1276 beziehungsweise 318 kg. 4 Tiere lieferten mehr als 1000 kg, nämlich 1276 kg, 1146 kg, 1134 kg und 1064 kg. Die höchste Milchleistung auf 10 kg Lebendgewicht betrug 209 kg Milch, die niedrigste 88 kg, d. h. eine Ziege liefert in 1 Jahre das 9 bis 21fache ihres Lebendgewichtes an Milch.

Milchversorgung.

Die Forderungen, die Fettick (1) an die sanitäre Überwachung von für den Konsum bestimmter Milch stellt, sind folgende: Die Gewinnung der für den allgemeinen Konsum bestimmten Milch müßte unter behördliche Aufsicht und zugleich unter eine entsprechende sanitäre Kontrolle gestellt werden, damit nicht nur eine Verfälschung verhindert werde, sondern auch eine Beschaffenheit der Milch, die für die Gesundheit irgendwie schädlich wäre. Deshalb ist es notwendig, daß in jenen Betrieben, welche Milch für den allgemeinen Konsum produzieren, der Gesundheitszustand der Milchtiere sowie deren Wartung und Pflege, ferner das Melken und die Behandlung der Milch unter regelmäßige tierärztliche Kontrolle gestellt werde. Tiere, an welchen eine ansteckende Krankheit festgestellt wurde oder die auch nur unter dem Verdachte einer solchen Krankheit stehen oder die an sonst einer Krankheit leiden, in deren Verlaufe die Milch für die Gesundheit des Menschen schädliche Eigenschaften annimmt, sind zur Milchproduktion nicht geeignet. Ferner wäre zu wünschen, daß die Milch solcher Tiere, die mit giftigen oder stark riechenden Medikamenten behandelt oder mit verdorbenem Futter gefüttert werden, ebenso die verunreinigte und solche Milch, die in ihren äußeren Eigenschaften Veränderungen erfahren hat, aus dem Verkehre ausgeschlossen werden. Die Produktion von Vorzugsmilch sollte nur auf Grund einer behördlichen Konzession gestattet werden. Solche Milch dürfte nur von Kühen herrühren, deren vollkommene Gesundheit auch durch das negative Ergebnis der alljährlich zu wiederholenden Tuberkulinimpfung erwiesen wäre. Es wäre weiterhin notwendig, anzuordnen, daß wenigstens das Personal und dessen Angehörige solcher Milchwirtschaften, welche Vorzugsmilch erzeugen, unter obligatorische, regelmäßige ärztliche Aufsicht

gestellt würden. Es ist zu wünschen, daß die sanitäre Überwachung die Milchproduktion, wenigstens soweit es sich um gewöhnliche Marktmilch handelt, nicht erheblich verteuern möge.

In Anbetracht der Gesundheitsschädlichkeit der Milch kranker Kühe — insbesondere Milzbrand, Tollwut, Pocken, Maul- und Klauenseuche, Tuberkulose — fordert Huth die unschädliche Beseitigung der Milch kranker Tiere. Eine Kontrolle der Milch allein ist völlig ungenügend, dringend nötig eine tierärztliche Kontrolle der Betriebe der Produzenten, die in einer strengen Stallkontrolle bestehen soll. Besonders strenge Vorschriften sollen für Produzenten von Vorzugsmilch Platz greifen—monatliche Revision der Stallungen, schleunigste Entfernung kranker und verdächtiger Tiere.

Harding fordert für solche Milch, die dem Verzehr dienen soll, einen Bezahlungsmodus, der sich eng an eine Beurteilung der Milch nach ihrer Qualität anschließt. Wenn das Publikum gewillt wäre, für wirklich gute Milch einen etwas höheren Preis anzulegen, so würde seiner Ansicht nach die Qualität der Milch sehr bald erheblich steigen, da der Farmer das berechtigte Streben hätte, möglichst viel aus seinen Produkten herauszuschlagen. Wenn der Staat helfend eingriffe, indem er z. B. einen Teil der Kosten trüge, die durch die Prüfung der Tiere auf Tuberkulosefreiheit entstünde, so könnte viel gewonnen werden. Beachtenswert sind die Resultate, die bei den Bemühungen, die Stadt Geneva mit einer möglichst einwandfreien Milch zu versorgen, erzielt wurden und die zeigen, daß mit relativ geringen Mitteln sehr viel erreicht werden kann. Die Versuche, die sich vom Jahre 1907 bis zu Beginn des Jahres 1911 erstreckten, haben nachstehende Ergebnisse gezeitigt.

		1907	1908	1909	1910	1911 (1. Viertel)
Zahl der Gehöfte . . .		40	34	35	35	39
Klassifizierung der Milch in Prozenten als	Vorzüglich .	—	2·9	8·6	12·8	12·8
	gut	5	58·9	82·8	74·4	87·2
	mittelmäßig .	57·5	38·2	8·6	12·8	—
	schlecht. . .	37·5	—	—	—	—

Das sind Erfolge, die sich sehen lassen können.

Seiffert beschreibt einen neuen Milchflaschenverschluß. Dieser besteht aus einem Aluminiumplättchen, an dessen unterer Seite eine in Wasser quellbare Substanz sich befindet, wodurch eine hermetische Abdichtung erzielt wird. Der Verschluß wird in sterilem Zustande geliefert und maschinell auf die Flaschen aufgepreßt. Bezugsquelle für Verschlüsse und Maschine C. L. Lasch u. Co., Leipzig-R.

Bickel empfiehlt als leistungsfähigen und billigen Apparat zum Sterilisieren der Milch für den häuslichen Gebrauch den von Bickel und Röder Domosterilisator.

Grosse untersuchte 150 Milchproben aus 56 Bezugsquellen in Köln. Eine aus einer Säuglingsmilchanstalt stammende Milchprobe zeigte sich bezüglich der in ihr enthaltenen Streptokokken für kleine Versuchstiere deutlich pathogen. Auch ihr Bodensatz, der aus der

erhitzten Milch gewonnen worden war, wirkte stark toxisch. Die Milch rührte von Kühen her, die mit Mastitis behaftet waren.

Kupplmayer gibt eine Schilderung der Metzer Milchverhältnisse, welche diese in einem sehr traurigen Licht erscheinen läßt. Die Forderung, die Milchkontrolle auszubauen, erscheint hier äußerst angebracht. Himmel bespricht die Milchversorgung von Davos. Danach hat man scheinbar keine Mühe gescheut, um dem Kurorte eine in jeder Beziehung einwandfreie Milch zuzuführen. Besondere Beachtung verdient ein Paragraph der Milchversorgungsanstalt: „Lieferanten schmutziger Milch werden erstmals verwarnt und im Wiederholungsfalle mit Franken 1 bis 10 gebüßt." Wirksam scheint auch die Verteilung von Geldpreisen an solche Landwirte gewesen zu sein, die sich durch besonders reinliche Gewinnung der Milch auszeichnen.

Reiß beobachtete in einer Milch, die sonst keinerlei Anhaltspunkte dafür bot, daß sie verfälscht sei, das Auftreten einer starken Nitratreaktion. Angestellte Recherchen ergaben, daß der Milch Salpeter zugesetzt worden war, um ihr den ihr anhaftenden Geruch und Geschmack nach Rüben zu nehmen.

Analyse und Untersuchung.

Der Teichertsche, vornehmlich für den Apotheker bestimmte Leitfaden zur Analyse der Milch und Milcherzeugnisse ist in 2. Auflage erschienen. Dem Analytiker, der sich nur hin und wieder mit der Untersuchung von Milch und Molkereiprodukten beschäftigt, ist das Werk ein guter Ratgeber.

Die von Krasser bei 6 Kühen eines Kleinbetriebes angestellten täglichen Probemelkungen ergaben, daß die täglichen Schwankungen der Einzelmilch bezüglich der Zusammensetzung so groß sein können, daß es in der Regel als ausgeschlossen gelten kann, eine Fälschung einer Einzelmilch mit Hilfe einer Stallprobe nachzuweisen. Die höchsten beobachteten täglichen Schwankungen im Gehalte der Mischmilch der 6 Kühe betrugen für das spezifische Gewicht 0·00196, für das Fett 1·028%, für die Trockensubstanz 0·146%, für die fettfreie Trockensubstanz 0·398%.

Frouin empfiehlt zur Homogenisierung von Milchproben, die infolge längerer Aufbewahrung ihre Homogenität verloren haben, folgendes Verfahren. 200 cm^3 der Milch werden mit Ammoniak bis zur gegen Lackmus schwach alkalischen Reaktion und 0·010 g Saponin versetzt, auf 40 bis 50° erwärmt und kräftig durchgeschüttelt. Nach 10 Minuten langem Schütteln ist eine vollständig homogene Emulsion entstanden. Sollte die Milch dann doch noch aufrahmen, so genügt ein weiteres kurzes Schütteln ohne Erwärmen, um vollständige Emulsionierung zu erzielen.

Garnier beobachtete in mit Kaliumdichromat konservierter Milch (1 g auf 1 l) eine mit der Dauer der Aufbewahrung steigende Erhöhung der Azidität, des Gefrierpunkts und der Refraktion, während das Drehungsvermögen des Serums abnimmt. Die polarimetrisch

bestimmte Laktose nimmt dabei scheinbar schneller ab, als der Zunahme der Azidität entspricht, die Veränderungen verlaufen nicht proportional der Aufbewahrungsdauer.

Um das spezifische Gewicht sehr geringer Milchmengen zu bestimmen, stellen Kreidl und Lenk (3) Gemische von Benzol-Chloroform, Benzol-Tetrachlorkohlenstoff, Kumol-Bromoform usw. her, die ein der Milch ähnliches spezifisches Gewicht haben und bringen einen Milchtropfen hinein. Stimmt dessen spezifisches Gewicht genau mit dem der Lösung überein, so schwebt er darin, ein Milchtropfen von anderem spezifischen Gewichte steigt oder fällt, je nachdem er ein kleineres oder größeres spezifisches Gewicht hat als das Gemisch.

Nach Funaro und Musante läßt sich eine Verfälschung von Kuhmilch durch Schafmilch durch die Bestimmung des spezifischen Gewichtes erkennen, da eine mit Wasser und Schafmilch verfälschte Kuhmilch infolge des sehr hohen Fettgehalts der Schafmilch einen normalen Fettgehalt bei stark vermindertem spezifischen Gewichte besitzt. Sehr primitive und ganz unsichere Methode. Tugendreich empfiehlt zur Unterscheidung von Frauen- und Kuhmilch folgendes Verfahren. 3 cm^3 Milch werden mit der gleichen Menge 1- bis 2%iger Silbernitratlösung versetzt, geschüttelt, bis zum Sieden erhitzt und dreimal aufgekocht. Bei Anwesenheit von Frauenmilch tritt eine milchkaffeebraune bis braunviolette Färbung ein, während in reiner Kuhmilch diese Erscheinung nicht oder nur andeutungsweise eintritt.

Um organische Substanzen zu veraschen, empfiehlt Stolle folgende Ausführungsform. Eine Platinschale von zirka 5 mm Durchmesser, die die zu veraschende Substanz enthält, wird in eine etwas größere Porzellanschale auf einige Tonscherben gesetzt, damit eine direkte Berührung der Platinschale mit der Porzellanschale vermieden wird. Es wird zunächst bei kleiner Flamme soweit erhitzt, bis aus der verkohlten Masse keine Dämpfe mehr aufsteigen, dann wird die Erhitzung immer weiter gesteigert und zum Schlusse, nachdem man die Porzellanschale mit einem Deckel verschlossen hat, bis zur Weißglut erhitzt. Dauer der Veraschung zirka 2 Stunden. Verluste durch Verflüchtigung, besonders von Chloriden, sollen dabei nicht zustande kommen.

Auzinger warnt vor der Verwendung von denaturiertem Spiritus bei der Ausführung der Alkoholprobe, da dessen Gerinnungsfähigkeit infolge der Anwesenkeit von Pyridinbasen herabgesetzt wird. Bei der Verdünnung mit Wasser ist darauf zu achten, daß destilliertes Wasser verwendet wird. Gewöhnliches Wasser kann infolge seines Kalkgehalts die Gerinnung beschleunigen. Fendler und Borkel stellten die Alkoholprobe der Milch in der Weise an, daß sie sie mit dem doppelten Volumen 50%igen oder 70%igen Alkohols versetzten. Gesetzmäßigkeiten zwischen dem Gerinnungspunkte und der Azidität (nach Soxhlet-Henkel) konnten nicht festgestellt werden, da auch Milch mit niedrigen Säuregraden mitunter bei der doppelten Menge von 70%igem Alkohol Gerinnung zeigte. Diese Probe kann also nicht empfohlen werden. Wohl aber zeigte sich

die Probe mit der doppelten Menge 50%igen Alkohols zur Vorprüfung geeignet, eine ausschlaggedende Bedeutung darf ihr aber nicht zuerkannt werden.

1. Trockensubstanz.

Splittgerber empfiehlt, zur Bestimmung der Trockensubstanz der Milch 3 bis 4 g derselben unter Zusatz von Alkohol oder Azeton zu verwenden und 20 bis 30 Minuten im Soxhletschen Trockenschrank zu trocknen. Die Übereinstimmung mit den nach Fleischmann berechneten Werten ist eine gute. Alte Milch gibt um etwas zu niedrige Resultate gegenüber der Berechnung, bei mit Zuckerkalk oder Natriumkarbonat versetzter Milch ergeben sich größere Differenzen.

2. Eiweiß.

Droop Richmond (2) hat die Steineggersche Methode der Eiweißbestimmung in Milch durch Aldehydtitration weiter verändert und gibt jetzt folgendes Rezept. 10 oder 11 cm³ Milch werden mit wenigstens 1 cm³ 0·5%iger Phenolphtaleinlösung versetzt und mit $\frac{n}{11}$ Strontianlösung neutralisiert. Die schwach rosarote Flüssigkeit wird mit 2 oder mehr Kubikzentimetern 40%igen Formalins versetzt und dann mit Strontianlösung bis zum Wiederauftreten der Rosafärbung titriert. Aus der zur Neutralisierung erforderlichen Anzahl Kubikzentimeter Strontianlösung (nach Abzug der zur Neutralisierung des Formalins benötigten) berechnet man die Aldehydzahl (= Anzahl Kubikzentimeter $\frac{n}{1}$ Alkali pro Liter Milch). Durch Multiplikation mit 0·170 erhält man den Eiweißgehalt, der mit dem bei der Kjehldalanalyse ermittelten gut übereinstimmt. (Anmerkung des Referenten. An Stelle der $\frac{n}{11}$ Strontianlösung verwendet man zweckmäßig eine gesättigte Strontianlösung, deren Titer man feststellt.)

3. Fett.

Richter stellte Untersuchungen über die Vorgänge, speziell über das Verhalten des Amylalkohols bei der Azidbutyrometrie an und fand, daß bei Innehaltung der normalen Versuchsbedingungen bis zu 6% Fett die Menge des in die Fettschicht übergehenden Amylalkohols der Fettmenge proportional ist und zirka 2 bis 3 Volumprozente derselben beträgt, bei höheren Fettgehalten kann sie bis zu 10% steigen. Im übrigen empfiehlt Richter, an Stelle von 11cm³ Milch 11·25 g zu verwenden, die mittels einer Pipette abgemessen werden können, welche von einer Milch mit einem spezifischen Gewichte 1·031 bei 15° C 11·25 g ausfließen läßt. Die Butyrometerskala wird für 8% und 11·25 g Milch auf 1 cm³ Inhalt bei 15° auf Einfluß festgelegt, die Ablesung des Fettgehalts erfolgt bei 54° C.

Golding erblickt im Neusalverfahren einen bedeutenden Fortschritt gegenüber den bisherigen alkalischen Verfahren, die

Gerbersche Azidmethode vermag es aber nicht zu ersetzen, die für exakte Bestimmungen unentbehrlich bleibt.

Oerum zeigt das Aussichtslose des Vorschlags von Primavera (vgl. Referat 1907 I) und beschreibt ein anderes Verfahren, das, auf gleicher Basis beruhend, die Lichtdurchlässigkeit der Milch berücksichtigt. Er sieht selbst ein, daß andere Methoden einfacher sind. Den gleichen Gegenstand behandelt ausführlicher Buchwald.

4. Zucker.

Vitoux stellte vergleichende Untersuchungen über die Bestimmung des Milchzuckers der offiziellen (französischen) Methode und nach der von Dénigès empfohlenen Methode an. Die gefundenen Differenzen sind minimale, die Ausführung nach der offiziellen Methode ist einfacher. Richmond (3) fällt die Milch für die Zuckerbestimmung nicht nur mit Quecksilbernitrat, da hierbei geringe Mengen stickstoffhaltiger linksdrehender Substanzen gelöst bleiben, sondern weiterhin noch mit Phosphorwolframsäure, die diese Bestandteile fällt. Zu der wie üblich mit Quecksilbernitrat dargestellten Lösung werden 5%ige Phosphorwolframsäurelösung und 5%ige Schwefelsäure (1 : 1) hinzugefügt. Multiplikation des Resultats mit 1·1.

Für die Milchzuckerbestimmung in Milch geben Autenrieth und Funk folgendes kolorimetrische Verfahren an. 25 cm^3 Milch werden im $^1/_2$ l Kolben mit zirka 400 cm^3 Wasser und etwas Essigsäure gekocht, nach dem Abkühlen auf 500 cm^3 aufgefüllt und durch ein trockenes Filter filtriert. 10 cm^3 des Filtrats werden mit 50 cm^3 Bangscher Lösung (500 g Kaliumkarbonat, 400 g Rhodankalium und 100 g Kaliumbikarbonat werden in zirka 1500 cm^3 H_2O unter Erwärmen bis 60° gelöst und auf Zimmertemperatur abgekühlt. Hierzu werden 25 g reines Kupfersulfat [$CuSO_4 + 5\ H_2O$] in 150 cm^3 Wasser gelöst, gegossen. Vorsicht, da sonst CO_2-Entwicklung! Dann bis zur Marke auffüllen und nach 24 Stunden filtrieren.) Drei Minuten lang gekocht und in die von der Firma Hellige, Freiburg i. Br., zu beziehenden Glaskeile gebracht und dort der Farbenton mit einer von der gleichen Firma zu beziehenden Farbenskala — blauer, lichtbeständiger Farbstoff — verglichen. Das Verfahren gibt übereinstimmende Resultate mit Allihn.

Bardach und Silberstein prüften ein von Jolles angegebenes Verfahren zur Bestimmung von anderen Zuckern neben Saccharose (z. B. von Laktose und Saccharose), das darauf beruht, daß alle anderen Zuckerarten mit Ausnahme der Saccharose bei Behandlung mit Alkali in $\frac{n}{10}$-Lösung in der Wärme, z. B. durch $^3/_4$stündiges Erhitzen im kochenden Wasserbade oder durch 24stündiges Erwärmen bei 37° im Thermostaten optisch inaktiv werden, mit gutem Erfolge nach. Sie änderten das Verfahren insoweit ab, als sie während der Erwärmungsdauer im Thermostaten die die Zuckerlösungen enthaltenden Kölbchen nicht verschlossen, da Luftzutritt die Reaktion beschleunigt.

Baker und Hulton verwerten die Eigenschaft der Bierhefe, Milchzucker nicht zu vergären, um Laktose neben anderen Zuckerarten (z. B. in kondensierter Milch) zu bestimmen. Man läßt zirka 0·5 g gewaschene Bierhefe mit der zu untersuchenden zirka 2- bis 3%igen Zuckerlösung 60 bis 70 Stunden bei 27° C eventuell unter Zusatz von Asparagin als Stickstoffquelle stehen. Dann wird filtriert, der entstandene Alkohol durch Kochen verjagt und die Laktoselösung mit Fehlingscher Lösung titriert. Bei Gemischen von Mehlzuckergemischen ist der Zucker mit kaltem Wasser zu extrahieren. Bei Anwesenheit von Dextrinen versagt das Verfahren. 5 cm^3 Fehlingscher Lösung entsprechen 0·037 g Milchzucker.

5. Verwässerung und Zusätze.

Stöcklin hält den Gefrierpunkt der Milch, vorausgesetzt, daß es sich nicht um verfälschte oder die Milch kranker oder überangestrengter Tiere handelt, für eine konstante Größe mit dem Werte — 0·550°. Während der Aufbewahrung der Milch verändert sich ihr Gefrierpunkt infolge von Milchsäurebildung mehr oder weniger rasch, je nach der Aufbewahrungstemperatur, je 1 g Milchsäure im Liter erniedrigt den Gefrierpunkt um 0·050°. Die Azidität der frischen Milch beträgt, auf Milchsäure berechnet, 1·20 g pro Liter. Der wirkliche Gehalt an Milchsäure (L) beträgt dann, wenn A der durch Titration mit Phenolphtalein ermittelte Gesamtsäuregehalt (als Gramm Milchsäure im Liter Milch berechnet) ist, $L = A - 1{\cdot}20$. In mit Wasser verfälschter Milch läßt sich der Milchsäuregehalt nach folgender Formel berechnen $L = \frac{A \times 0{\cdot}550) - (C' \times 1{\cdot}20)}{C' - (A \times 0{\cdot}050)}$, wobei C' der beobachtete Gefrierpunkt ist. Erhält man für L einen positiven Wert, so gibt dieser direkt den wahren Gehalt an Milchsäure an, ist er negativ, so ist keine Milchsäure vorhanden. In mit Kaliumbichromat versetzter Milch wird der Milchsäuregehalt nach der Formel $L = A - (1{\cdot}20 + A \times 0{\cdot}61)$ berechnet, wobei A dieMenge $K_2Cr_2O_7$ im Liter Milch angibt. Sobald der Gefrierpunkt der Milch höher als — 0·530° ist, so ist nach Stöcklin die Milch unter allen Umständen als verfälscht zu betrachten. Der prozentische Wasserzusatz zur Milch berechnet sich nach der Formel $x = 100 - \frac{C}{0{\cdot}550} \times 100$. Bordas empfiehlt bei der Gefrierpunktsbestimmung der Milch an Stelle des Eis-Salzgemisches als Kühlmaterial die Anwendung von mittels fester Kohlensäure oder im Kältegemische gekühltem Azeton, dessen Temperatur durch Nachgießen gekühlten Azetons konstant gehalten werden kann.

Sanfelici betrachtet eine Milch als verwässert, wenn ihr Gehalt an fettfreier Trockensubstanz niedriger als 8·50%, das spezifische Gewicht des Essigsäureserums niedriger als 1·0259 und der Aschegehalt desselben niedriger als 0·50% ist. Die beiden letzten Werte sind auffallend niedrig und entsprechen in keiner Weise den für Deutschland allgemein geltenden. Bei einem Aschegehalt von 0·50% müßte

man bei uns schon auf einen Wasserzusatz von mindestens 40 Teilen zu 100 Teilen Milch schließen. Sanfelici untersuchte die Milch aus der Umgegend von Lodi.

Bull bestimmte im Essigsäureserum der Milch verschiedener Kühe die Refraktion bei 20° und das spezifische Gewicht bei 15°, weiterhin verfolgte er die Veränderungen dieser Werte durch verschieden große Zusätze von Wasser zur Milch. Die Refraktion des Serums der unverwässerten Milch entsprach im ZeißschenEintauchrefraktometer 39·2 bis 47·3 Skalenteilen, das spezifische Gewischt schwankte von 1·027 bis 1·032. Ein Wasserzusatz von 10% zur Milch erniedrigte die Refraktion um durchschnittlich 2·7 Skalenteile, das spezifische Gewicht um 0·0031. Unter der Annahme, daß 39 beziehungsweise 1·027 als niedrigste Grenzwerte für unverfälschte Milch zu gelten haben, konnte eine Verfälschung der Milch mit Wasser durch die spezifische Gewichtsbestimmung mit größerer Sicherheit nachgewiesen werden als durch die Refraktionsbestimmung. Immerhin ist die Bestimmung beider Werte zu empfehlen.

Tillmans und Splittgerber haben ihr im letzten Referate beschriebenes Verfahren zum Nachweise von Salpetersäure in der Milch bedeutend vereinfacht Der Gang der Untersuchung ist jetzt folgender. 25 cm³ Milch werden in einem verschließbaren Schüttelzylinder von 50 cm³ Inhalt mit 25 cm³ einer Mischung von gleichen Teilen einer 5%igen Quecksilberlösung und einer 2%igen Salzsäure (8 Teile Salzsäure vom spezifischen Gewichte 1·125 und 92 Teile Wasser) versetzt und kurz umgeschüttelt. Dann wird durch ein Faltenfilter (Schleicher und Schüll Nr. 577) filtriert und das wasserklar ablaufende Filtrat sofort der Reaktion mit Diphenylaminschwefelsäure unterworfen, indem man 1 cm³ des Filtrats mit 4 cm³ des von Tillmans vorgeschriebenen Reagens versetzt, umschüttelt und nach einer Stunde die entstandene Färbung beobachtet. Das Diphenylaminreagens wird folgendermaßen hergestellt. 0·085 g Diphenylamin werden im 500 cm³-Kolben mit 190 cm³ verdünnter Schwefelsäure (143) versetzt, dann wird konzentrierte Schwefelsäure (1 = 1·84) hinzugefügt und bis zur Lösung des Diphenylamins geschüttelt. Man füllt mit konzentrierter Schwefelsäure nach und nach dem Erkalten bis zur Marke auf. Das Reagens ist in verschlossenen Flaschen unbegrenzt lange haltbar. Zur Herstellung von Vergleichslösungen dient eine Lösung, die 1·0871 g KNO_3 = 100 mg N_2O_5 im Liter enthält. Von dieser versetzt man je 0·45, 0·85, 1·2, 1·5 und 2·0 cm³ mit 2 cm³ kalkgesättigter Kochsalzlösung und 10 cm³ Eisessig und füllt mit Wasser auf 100 cm³ auf. Diese Vergleichslösungen geben dieselben Farbentöne wie Milchserum mit 1·0, 2·0, 3·0, 4·0 beziehungsweise 5·0 mg N_2O_5 im Liter. In der Milch sind Substanzen enthalten, die die Reaktion ungünstig beeinflussen, daher der geringere Inhalt der Vergleichslösungen an N_2O_5.

6. Gesundheit, Frische, Sauberkeit.

Die Arbeit Lenzens erstreckt sich auf die Bestimmung des Säuregrads in der Milch, der Reduktase und Aldehydkatalase, Per-

oxydase, Katalase und Diastase sowie die Untersuchungen auf das erhöhte Vorkommen von Leukocyten und das hämolytische Vermögen der Milch zum Zwecke der Feststellung kranker Milch mittels dieser Methoden. Er kommt zu folgenden Resultaten: Erhöhter Katalasegehalt in einer frischermolkenen rohen Milch ist ein Zeichen von Eutererkrankung, wenn die Kolostralperiode vorüber ist. Bei Marktmilch ist die Katalaseprobe zum Nachweise der Beimischung pathogener Milch nicht anwendbar, da hier ein erhöhter Katalasegehalt auch auf Rechnung von Bakterien zu setzen ist. Die Bestimmung der Aldehydkatalase ist zur Diagnostizierung von Mastitis für sich allein auch nicht ausreichend, da diese Reaktion nicht selten versagt, außerdem aber auch ältere Handelsmilch ebenso, wie oft auch Mastitismilch, sowohl eine erhöhte Aldehydkatalase- wie Reduktasewirkung zeigt. Die Koningsche Diastasereaktion hat sich zur Feststellung von Mastitis als nicht zuverlässig erwiesen, da ihre Ergebnisse oft mit den übrigen enzymatischen Bestimmungen nicht in Einklang zu bringen sind. Die Peroxydasereaktion nach Storch äußert sich, solange die Milch sich im Inkubationsstadium befindet, durch Blaufärbung, während bei fortgeschrittenem Säuregehalt eine mehr rosarote Färbung auftritt.

Die quantitative Bestimmung der Leukocyten nach Trommsdorff ist mit Rücksicht darauf, daß bei vielen Kühen, auch ohne daß eine Mastitis besteht, eine erhöhte Leukocytenabscheidung besteht, für sich allein nicht beweisend für das Vorhandensein einer Mastitis. Noch weniger ist dem Aufstellen von Grenzwerten für die Leukocytenmengen in zentrifugierter Milch beizustimmen, da jede örtliche Reizung eine vermehrte Leukocytenabscheidung zur Folge haben kann. Nur durch den mikroskopischen oder kulturellen Nachweis pathogener Streptokokken ist eine sichere Diagnose zu stellen, aber auch das nur in der Regel für die Milchproben einzelner Kühe. Die von Sassenhagen beobachtete vermehrte hämolytische Wirkung der Mastitismilch wurde von Lenzen bestätigt, doch hat nach seiner Ansicht dieses Verfahren nur wissenschaftlichen Wert und dürfte der zeitraubenden Methodik halber kaum praktische Anwendung finden.

Die Katalase- und Reduktasereaktion kommen für die Tuberkulose des Viehs diagnostisch nicht in Betracht. Kolostralmilch in den ersten Tagen post partum besitzt einen hohen Säuregrad und einen hohen Gehalt an Katalase und Diastase, während die F. M.-Reaktion und die Peroxydasereaktion sehr verlangsamt und schwächer eintreten. Die auf den Schlachthöfen gewonnene Milch muß als ungeeignet zur menschlichen Nahrung und als gesundheitsschädlich bezeichnet werden, da sie fast stets Stauungs- und Mastitischarakter besitzt, in chemischer und biologischer Beziehung auffallende Abweichungen von der Norm zeigt und fast ausschließlich von altmelken, euterkranken oder tuberkulösen Kühen stammt.

Philippe unterzog ebenfalls eine Anzahl biologischer Methoden einer kritischen Prüfung hinsichtlich ihres Wertes. Nach seinen Befunden ist die Trommsdorffsche Leukocytenprobe ein wertvolles Hilfsmittel zur Erkennung von Euterkrankheiten, wenn gleich-

zeitig noch eine mikroskopische und eventuell auch eine bakteriologische Untersuchung des Sediments den Trommsdorffschen Befund stützt. Die Katalasezahl ist zurzeit als das sicherste Mittel zur Erkennung von Milchfehlern anzusehen und wird in Doppelbestimmungen vor und nach dem Filtrieren der Milch empfohlen. Die Reduktaseprobe mit formalinfreier Farblösung ist ein gutes Mittel zur Erkennung des Frischezustands der Milch. Milch, die innerhalb drei Stunden nicht entfärbt, kann als gut gelten. Die Reduktaseprobe mit Formalin kann zurzeit noch nicht als sicheres Untersuchungsmittel betrachtet werden. Stets sollte eine Schmutzgehaltsbestimmung ausgeführt werden, als besonders zweckmäßig wird die Filtration durch Wattescheiben empfohlen.

Schröter bestimmte in 122 Milchproben, und zwar in 89 Proben Marktmilch, 28 Proben Vorzugsmilch, 3 aseptisch ermolkenen Milchproben, 1 Magermilchprobe und 1 mit Mastitismilch versetzten Vorzugsmilch den Gesamtkeimgehalt, die Zahl der Milchsäurebakterien, die Zahl der Kolibakterien, Menge und Beschaffenheit des Sediments der Leukocytenprobe, den Ausfall der Katalaseprobe, der Reduktionsprobe, der Milchgärprobe, der Alkoholprobe, der Kochprobe und der Aziditätsbestimmung. Die Gesamtkeimzahl wurde gefunden bei Marktmilch zu 27.500 bis 142,000.000 im Mittel zu 7,153.000 pro Kubikzentimeter. Die niedrigsten Werte im Winter, die höchsten im Sommer und im Oktober (Rübenblattfütterung). Vorzugsmilch enthielt 1955 bis 86.500, im Mittel 20.300. Der Gehalt an Milchsäurebakterien schwankte zwischen 20 und 100% der Gesamtkeimzahl. Was den Wert der einzelnen biologischen Methoden betrifft, so ist der Katalaseprobe kein, der Reduktaseprobe nur ein bedingter Wert beizumessen, während die Gärprobe sich als eines der vorzüglichsten Hilfsmittel für die Bewertung der Milch erwies. Der Vereinigung dieser mit der Reduktaseprobe nach dem Vorschlage von O. Jensen stehen Bedenken gegenüber. Hingegen wäre noch die Sedimentierprobe nach Trommsdorff zu empfehlen, unter der Voraussetzung, daß das Sediment auch mikroskopisch und bakteriologisch eingehend geprüft wird.

Schern (2) empfiehlt zur Ermittlung verdächtiger Milch die Labhemmprobe. Danach ist jede Milch verdächtig, nicht normal zu sein, die gegenüber der Kontrollmilch erheblich mehr Labmengen zur Gerinnung bei wiederholten Untersuchungen benötigt. Nach Schern ist die Labhemmprobe deshalb von großem Werte und anderen Verfahren vorzuziehen, weil sie im Gegensatze zu diesen im Entstehen begriffene Euterkrankheiten erkennen läßt.

Höyberg fand, daß sich aus entzündeten Eutern oder Drüsenteilen herstammende Milch, selbst wenn klinische Anzeichen einer Euterentzündung noch nicht vorhanden sind, leicht mit Hilfe von Rosolsäure erkennen läßt, da sie gegen diesen Indikator eine mehr oder weniger stark ausgeprägte alkalische Reaktion besitzt. Er versetzt 5 cm^3 Milch mit 5·5 cm^3 einer Rosolsäurelösung, die er durch Verdünnung von 0·45 cm^3 1%iger alkoholischer Rosolsäure mit 5 cm^3 96%igem Alkohol erhält. Wenn die Mischung eine lachsrote bis

karminrote Farbe annimmt, so enthält sie abnorme Mengen von Leukocyten, Bakterien und Fibrinfasern. Höyberg konnte auf diese Weise in 73% aller untersuchten Fälle nachweisen, daß abnorme Milch vorliegt, bevor durch die klinische Untersuchung möglich war, sichtbare Veränderungen in den betreffenden Drüsenteilen nachzuweisen.

Die Höybergsche Methode hat nach Schern (1) nur bedingten Wert, da die Rosolsäurereaktion zu wenig scharf ist, um Fehlschlüsse nicht zuzulassen. Die Milch aus entzündeten Eutern enthält aber sehr große Mengen von Säurebildnern, so daß man auf Grund von Säuregradsbestimmungen nach Soxhlet-Henkel eventuell eine Entzündung erkennen kann, wenn auch zu bemerken ist, daß die Aziditätsbestimmung (auch nach Höyberg!) generelle Schlüsse nicht gestattet.

Kürsteiner empfiehlt zur Erkennung von Milchfehlern folgende 4 Methoden: 1. Geruchsprobe, 2. Geschmacksprobe, 3. die Gärprobe, 4. die Sedimentierprobe.

Kuntze kritisiert die Handhabung der Milchprüfung der deutschen Landwirtschaftsgesellschaft auf den sogenannten Wanderausstellungen. Nach dem von ihr geübten Modus sei es kein Kunststück, eine hochwertige sogenannte „frisierte" Milch herzustellen und einzusenden. Kuntze empfiehlt die zeitweise Probenahme ohne Wissen des Produzenten. Für die Herkunft der Katalase in der Handelsmilch stellt er folgendes Schema auf:

1. Primäre Katalase. Der unter normalen Verhältnissen vorhandene Anteil ist ein sehr geringer. Bedeutend erhöht ist er unter anormalen und pathologischen Bedingungen. Diese sind gegeben a) durch die Kolostralperiode, so daß die Milch frisch- und altmilchender Tiere reicher an Katalase ist als normale Milch; b) durch Euterkrankheiten, z. B. Mastitis, vielleicht auch Eutertuberkulose; c) durch mechanische Einflüsse, hierher gehören die Milchstauung, d. h. das Nichtmelken, Hyperämie, Verletzungen des Euters, z. B. durch Zerreißen von Gefäßen während des Melkgeschäfts oder durch Stoß; d) Innervationsstörungen. 2. Sekundäre Katalase, die nicht als originäre aufgefaßt werden kann, durch außerhalb des Euters stattfindende Infektion der Milch mit Bakterien, Kot usw. Daß die Katalasemenge direkt vom Fettgehalte der Milch abhängig sei, konnte nicht gefunden werden.

Köstler (2) empfiehlt die Katalaseprobe als eine Haltbarkeitsprobe, die der Alkoholprobe bedeutend überlegen ist, da sie schon lange vor der eigentlichen Säurebildung die Vorbereitung einer bald eintretenden Gärung anzeigt. Zu diesem Zwecke wird in der Milch, die bei Zimmertemperatur gehalten wird, zu verschiedenen Zeiten, z. B. nach 6 und 12 Stunden, der Katalasegehalt bestimmt. Ein direkter Parallelismus zwischen Katalasezahl und Labfähigkeit der Milch konnte nicht gefunden werden, ebensowenig zwischen Säuregrad und Labfähigkeit.

Laxa konstruierte einen Katalaseapparat, eine graduierte Pipette, die oben durch einen Glashahn zu verschließen ist und

20 cm³ faßt. 15 cm³ Milch werden mit 5 cm³ Wasserstoffsuperoxydgemisch in den Katalaseapparat eingesogen und nach dem Verschließen des Hahns senkrecht aufgestellt. Der sich entwickelnde Sauerstoff sammelt sich über dem Gemische an, während gleichzeitig eine entsprechende Flüssigkeitsmenge abtropft. Vergleichende Untersuchungen mit diesem Apparate, dem Funkeschen und dem Burri-Staubschen Apparat, sowie der Koningschen Titrationsmethode ergaben eine gute Übereinstimmung der neuen Methode mit der letztgenannten, während die Funkesche und die Burrische Methode sowohl unter sich wie auch gegen die Titrationsmethode erhebliche Unterschiede zeigten. Hesse unterzog den Gerberschen und den Funkeschen Katalaseprüfer vergleichenden Untersuchungen, die zugunsten des ersteren ausfielen.

Barthel (2) verglich die Reduktaseprobe mit anderen Untersuchungsmethoden, insbesondere der Säuregradsbestimmung, der Alkoholprobe und der Katalaseprobe. Zunächst stellte er fest, daß in Mischmilch die Alkoholprobe lediglich in engem Zusammenhange mit einer beginnenden Säuerung steht, über sonstige Beschaffenheit der Milch aber keine Auskunft gibt. Die gebildete Sauerstoffmenge steht nicht in direktem festen Zusammenhange mit der Bakterienzahl, auch ist die als Norm angegebene Zahl von 2·5 cm³ O_2 anscheinend zu niedrig gegriffen, da in verhältnismäßig keimarmer Milch von im übrigen guter Beschaffenheit Werte bis 4·5 cm³ Sauerstoff erhalten wurden. Über diese Grenze hinaus entspricht die Katalasezahl einer Keimzahl von mehr als 10 Millionen. Der gleiche Wert kann angenommen werden, wenn Methylenblau bei 45 bis 50° innerhalb 3 Stunden entfärbt wird. Bei 38 bis 40° nach Jensen geht die Reduktion viel schneller vor sich.

Angelici benutzt als gutes Kriterium für den Keimgehalt der Milch die Entfärbungsprobe mit Methylenblau nach der Modifikation von O. Jensen (10 cm³ Milch, 0·5 cm³ einer Farblösung, die in 200 cm³ 2·5 cm³ gesättigte alkoholische Methylenblaulösung enthält. Temperatur 38 bis 40°). Milch, die in 15 bis 20 Minuten entfärbt, enthält nach Angelici 5 bis 25 Millionen Keime in 1 cm³, Milch, die in 1 bis 2 Stunden entfärbt, ist mit 3 bis 7 Millionen Keimen ebenfalls von schlechter Beschaffenheit. Die Entfärbungszeit steht übrigens in keinem direkten festen Verhältnisse zur Keimzahl. Obwohl teilweise entrahmte Milch langsamer entfärbt als nicht entrahmte, ist auch hier die Methode brauchbar.

Morres empfiehlt von neuem die kombinierte Alizarin-Alkoholprobe als rasch und zuverlässig. Er fand ferner, daß bei etwa 20° C die Entfärbung von Methylenblau in etwa der $1^3/_4$fachen Zeit vor sich geht als bei 40°. Beziehungen zwischen der Alizarin-Alkoholprobe und der Reduktaseprobe bestehen insoweit, als die erstere mit der letzteren sowohl hinsichtlich der Flockenstärke als auch der Farbenänderung gleichen Schritt hält, wenn reine Milchsäuregärung vorliegt. Der geringste Zersetzungsgrad, den die Alizarin-Alkoholprobe noch deutlich anzeigt (8 Henkelsche Säuregrade), entspricht einer Entfärbungszeit von 16 Minuten bei 40° C.

Rammstedt (2) hält die übliche Art und Weise der Schmutzbestimmung für verfehlt, da die gelösten Bestandteile, die $^4/_5$ des gesamten Schmutzes ausmachen, der Bestimmung entgehen. Viel wichtiger sei es, die Milchgewinnung selbst zu kontrollieren und gegen das Dungaufwachsverfahren Front zu machen, da die Milch nicht zum Abfallprodukte der Mistgewinnung gemacht werden dürfe. Milch aus solchen Ställen dürfe nicht als menschliches Nahrungsmittel verwendet werden. Als genauestes und elegantestes Verfahren zur quantitativen Bestimmung des Milchschmutzes empfiehlt Serger das Fendler-Kuhnsche (vgl. Referat 1908 II/1909 I).

7. Nachweis der Erhitzung.

O. v. Sobbe (2) empfiehlt zum Nachweise, ob eine Milch erhitzt war oder nicht, die Rubnersche Albuminprobe. Die Milch wird mit verdünnter Essigsäure koaguliert und filtriert. Das Filtrat, welches ganz klar sein muß, wird zum Sieden erhitzt. Tritt hierbei eine Trübung oder gar eine deutliche Flockenbildung ein, so war die Milch nicht oder ungenügend erhitzt, war sie auf 85° erhitzt worden, so bleibt das Serum nach dem Kochen vollständig klar.

Schern und Schellhase verwenden zum Nachweise einer stattgehabten Erhitzung folgendes Reagens. Resin. Guajaci 10·0, Guajacoli 10·0, Perhydrol 3%ig 1 Tropfen, absoluter Alkohol 80.

Tewes entwickelt ganz laienhafte Ansichten über das Wesen der Peroxydasen und ihre Verwendung zum Nachweise einer stattgehabten Erhitzung von Milch. Da seine Ausführungen in einem von Molkereifachleuten sehr gelesenen Blatt enthalten sind, so muß entschieden Stellung dazu genommen werden. Die Oxydasen sind keine Ausscheidungsprodukte von Bakterien, wie Tewes behauptet, sondern originäre Produkte der Milchdrüse. Erhitzte Milch, die mit Guajaktinktur keine Reaktion gibt, gibt sie auch nicht nach dem Ansäuern, um so weniger, als Säurezusatz zu roher Milch (z. B. durch spontane Säuerung) die Intensität der Reaktion ganz erheblich schwächt. Auch Wasserzusätze zu erhitzter Milch vermögen keine erneute Reaktion hervorzurufen. Gibt „erhitzte" Wilch eine positive Reaktion, so liegt dies einzig und allein daran, daß sie ungenügend erhitzt wurde.

Milch als Nahrung.

Gaucher studierte die Verdauung der Milch an einem Menschen mit Jejunalfistel. Nach seinen Beobachtungen erfolgt die Koagulation der Milch im Magen nicht momentan, ein Teil passiert den Pylorus in ungeronnenem Zustande, vermengt mit Kaseinklumpen, die durch die Magenperistaltik mehr oder weniger zerrieben sind. Eine Peptonisierung des Kaseins erfolgt erst im Dünndarme.

Greco stellte physikalisch-chemische Studien des Säuglingsmagensaftes bei Kuh- und Frauenmilchnahrung an. Er fand, daß die Oberflächenspannung des Magensaftes mit zunehmendem Aufenthalte der Milch im Säuglingsmagen zunimmt, in demselben Maße nimmt seine Azidität zu, diese ist, je nachdem ob es sich um ältere oder

jüngere, an der Brust oder mit Kuhmilch genährte handelt, verschieden hoch, im allgemeinen ist sie geringer als beim Erwachsenen und bei dem mit Muttermilch ernährten Säugling niedriger als bei dem mit Kuhmilch ernährten. In dem zirka $^3/_4$ Stunden nach Beendigung der Mahlzeit entnommenen Mageninhalt konnte weder freie Salzsäure noch aktives Pepsin nachgewiesen werden.

Finizio fand in der Magenschleimhaut von Säuglingen ein lipolytisches Ferment, welches die Fette der Kuh- und Frauenmilch sowie des Eidotters zu spalten vermag. Bei der Verabreichung von Milch an gesunde Säuglinge sind nach 1 Stunde zirka 5 bis 6%, 2 und 3 Stunden nach der Mahlzeit zirka 10% des zugeführten Fettes gespalten, gleichgültig, ob Frauen- oder Kuhmilch, rohe oder sterilisierte, gefüttert wurde. Bei Krankheiten der Verdauungsorgane ist die Menge des Fermentes beträchtlich erhöht.

Birk (2) stellte fest, daß bei künstlicher Ernährung von neugeborenen Kindern rund die Hälfte des eingeführten Stickstoffs im Urin wieder verausgabt wird. In einem Falle wurde eine Ausnutzung des Milcheiweißes von 7%, in einem andern von 31% erzielt, während natürlich ernährte Kinder nach Michel zirka 72 bis 75% des Nahrungseiweißes retinieren. Der Mineralstoffwechsel verlief bei einem Kinde durchaus positiv, bei einem andern wurde eine negative Bilanz für Kalzium, Magnesium und Phosphor beobachtet.

Boekstegers stellte Stoffwechseluntersuchungen an Säuglingen bei der Ernährung mit Büffel-, Kuh- und Frauenmilch an. Die gefundenen Differenzen im Harnstoffgehalte des Urins führt Boekstegers einzig und allein auf den verschiedenen Eiweißreichtum dieser verschiedenen Milcharten zurück.

Die mehrfach gemachte Beobachtung, daß wachsende Tiere mit zunehmendem Alter eine stetig sinkende Eiweißretention aufweisen, ist wie Fingerling (4) an einer Reihe von Versuchen zeigte, darauf zurückzuführen, daß das Nährstoffverhältnis in der Milch unverändert bleibt. Erweiterte er dasselbe durch Zulagen von Fett und Zucker, so konnte eine wesentliche Eiweißersparnis erzielt werden, indem jetzt ein viel höherer Prozentsatz an Eiweiß als Körpersubstanz angesetzt wurde. Während bei reiner Vollmilchfütterung in dem Wachstum des Tieres entsprechenden Mengen in relativ kurzer Zeit der N-Gehalt des Harns das Doppelte seiner Anfangsmenge erreichte, wurde nach einer Fettzuckerzulage eine Konstanz des Harnstickstoffs erzielt. Bei reiner Milchfütterung dient eben das Eiweiß nicht nur als Baumaterial, sondern auch als Energiequelle. Aus den Versuchen ist zu ersehen, daß es weniger zweckmäßig ist, die zu verfütternde Milch, d. h. Eiweißmenge zu steigern, als vielmehr zu einem konstanten Milchquantum steigende Mengen leicht verwertbarer N-freier Substanzen zu verabreichen, d. h. das Nährstoffverhältnis allmählich zu erweitern.

Jacob stellte an 8 Personen, die eine reine Milchentfettungskur durchmachten, Stoffwechselversuche an. Das Stickstoffdefizit war sehr erheblich.

Sciortino stellte fest, daß verschiedene Mono- und Disaccharide, so auch Laktose, in verdünnter Lösung die Wirkung des Pepsins

begünstigen, in konzentrierten Lösungen hingegen abschwächen. Die Steigerung der begünstigenden Wirkung ist bei den Monosacchariden größer als bei den Disacchariden. Die Wirkung des Trypsins wird durch alle Zuckerarten ausnahmslos gehemmt.

Die Untersuchungen von Lippschütz bezüglich der Verwertbarkeit des Phosphors im wachsenden Organismus lassen es als wahrscheinlich gelten, daß anorganischer Phosphor und organischer Phosphor, z. B. Kaseinphosphor, als gleichwertige Bausteine für den Organismus zu gelten haben.

Ibrahim beobachtete bei Verabreichung von Rohmilch aus therapeutischen Gründen an vielen Säuglingen, daß mit ihren Stühlen seltsame Gebilde ausgeschieden wurden, wie sie sonst nicht gefunden wurden. Sie bestanden, wie mittels der Präzipitinreaktion nachgewiesen werden konnte, aus Kasein- oder Parakaseingerinnseln. Diese traten stets bei der Ernährung mit roher Kuh- oder Ziegenmilch auf, gleichgültig, ob sie unverdünnt oder in Schleimverdünnungen gereicht wurde. Dieses Verhalten gegenüber gekochter Milch führt Ibrahim darauf zurück, daß die erhitzte Milch in feinen Flocken, die rohe Milch hingegen in derben Klumpen gelabt wird. Im Anschlusse an die Ibrahimsche Arbeit teilt Monrad mit, daß auch er in zahlreichen Fällen Kaseinklumpen in den Fäzes von Säuglingen gefunden habe, die mit roher Milch ernährt wurden. Bauer konnte echte Kaseinbröckel nur äußerst selten in Säuglingsfäzes finden, die durch die Komplementbildung nachgewiesen werden konnten. Sie fanden sich nicht nur bei Ernährungsstörungen, sondern auch bei anderen Krankheiten, können also nach Bauer nicht auf Ernährungsstörungen zurückgeführt werden. Fast stets waren die Bröckel in den Fäzes älterer Säuglinge enthalten. Die Erklärung dieser eigenartigen Erscheinung ergab sich durch die Ibrahimsche Publikation, es konnte, wie bei diesem, tatsächlich festgestellt werden, daß die Erscheinung bei solchen Kindern auftrat, die mit unverdünnter Rohmilch ernährt worden waren. Uffenheimer und Takeno versuchten mittels biologischer Methoden, besonders mit Hilfe der anaphylaktischen Probe, Kasein in den Fäzes nachzuweisen. Bei 9 von 22 Kindern, die mit Kuhmilch in irgend welcher Form ernährt worden waren, konnte auf diese Weise 26 mal Kasein nachgewiesen werden. Bei drei mit Frauenmilch ernährten Kindern ergab die gleiche Methode immer ein negatives Resultat. Auch mit Hilfe der Präzipitinprobe gelang bei Kuhmilchernährung der Nachweis von Kasein in den Fäzes. Ob das Kasein als solches oder in Form von Parakasein darin vorhanden ist und ob es auch im Stuhle gesunder Säuglinge auftritt, konnte nicht untersucht werden. Auch Talbot konnte mit Hilfe der biologischen Methode nachweisen, daß die bei Kuhmilchernährung mitunter in den Säuglingsstühlen auftretenden jähen Gerinnsel aus Kasein bestehen.

Saito fand den Fettgehalt der Fäzestrockensubstanz von natürlich wie auch künstlich ernährten Säuglingen nahezu konstant zu 20%. Bei Neugeborenen, besonders künstlich ernährten, kann er bis über 40% steigen. Bei Dyspepsie und Atrophie ist der Fett-

gehalt besonders hoch, sinkt aber bei der Rekonvaleszenz. An Cholesterin und anderen unverseifbaren Substanzen wurden meist nicht mehr als 0·3% der Trockensubstanz gefunden.

In den Fäzes gesunder Brustkinder konnte Hartje stets geringe Mengen von Zucker nachweisen, niemals dagegen in den Fäzes solcher Kinder, die mit reiner Kuhmilch ernährt wurden. Erst wenn dieser Zucker zugesetzt wurde, konnte solcher in den Fäzes gefunden werden, bei Verwendung von Milchzucker oder Malzzucker war die aufgefundene Zuckermenge größer als bei Verwendung von Traubenzucker und Saccharose. Bei Rhachitis ist die Zuckerresorption schlechter und der Zuckergehalt des Kotes dementsprechend höher als unter normalen Verhältnissen. Bei der Verabreichung von Milch- oder Malzzucker finden sich in der Darmflora hauptsächlich azidophile Bakterien, die stark auf den Zucker einwirken, dagegen fast gar nicht auf Eiweiß — verminderte Eiweißfäulnis —, während bei Traubenzucker und Saccharose die Bifidusflora mehr zurücktritt. Das Optimum der Bifidusflora wird erreicht, wenn in der Nahrung die Zuckermenge 7 bis 8mal so groß ist als die Eiweißmenge.

Die Frage, ob das kaseolytische Vermögen der Fäzes und von Dünndarmextrakten auf die Wirkung von Pepsin zurückzuführen ist, beantworten Brugsch und Masuda dahin, daß es sich hierbei aller Wahrscheinlichkeit nach um die Wirkung von Trypsin handelt, das in geringen Mengen den Darmwänden anhaftet, da bei der Pankreasexstirpation oder bei der Unterbindung derselben eine Wirkung der Fäzesextrakte auf das Kasein nicht mehr beobachtet werden konnte.

Nach Untersuchungen von Kramstyck ist der Bakteriengehalt der Fäzes am niedrigsten bei natürlich ernährten Säuglingen, höher bei Kuhmilchverdünnungen, am höchsten bei Zufütterung von gemischter Kost. Kohlehydratgehalt der Nahrung erhöht die Bakterienmenge.

Engel und Turneau fanden eine eigenartige, nur bei Brustkindern auftretende Reaktion des Harns. Wurden 5 cm^3 Harn mit 15 bis 20 Tropfen einer 2%igen Silberlösung versetzt, so trat nach 10 Minuten langem Stehen eine schnelle Schwarzfärbung des sich bildenden Niederschlags ein. Durch Erwärmen konnte die Reaktion beschleunigt werden.

Koeppe fand die Phosphorausscheidung im Harne von Flaschenkindern abhängig von der Art und Menge der Nahrung, derart, daß sie bei gleicher Menge, aber verschiedener Art verschieden ist, ebenso bei verschiedener Menge der gleichen Art. Geringe Kochsalzzugaben steigerten die Phosphorausscheidung, womit bei der Kuhmilchernährung vielfach Temperatursteigerung verbunden war, bei Buttermilchernährung konnte eine solche nur einmal beobachtet werden.

Nach Pechstein scheiden Kinder vom Tage ihrer Geburt an Lab und Pepsin in einander proportionalen Mengen mit dem Harne aus, die während des ersten Lebensjahrs zirka $^1/_{20}$ der von den Erwachsenen ausgeschiedenen Fermentmenge beträgt. Bei Brustkindern ist die Fermentausscheidung eine geringere als bei künstlich ernährten Säuglingen.

Unter den Untersuchungen Meyers über die Beeinflussung der Harnzusammensetzung durch verschiedene Fütterung fällt der Umstand besonders auf, daß bei Kuhmilchfütterung an einem Schafbocke eine ganz erhebliche Zunahme des Harns an Phenolen statthatte, während nach Entziehung der Kuhmilch nur noch der 5. bis 6. Teil an Phenol im Harne gefunden wurde. Diese Erscheinung läßt sich nur durch eine gesteigerte Darmfäulnis während der Kuhmilchperiode erklären, die vielleicht durch den eigenartigen Bau des Wiederkäuermagens bedingt ist.

Skramlik untersuchte Menge und Zusammensetzung des Harns bei Milchdiät, vegetarischer Kost und Kalbfleischdiät. Bei Milchkost war in den beiden ersten Tagen die Harnmenge eine abnorm große, die Azidität war bei Milchkost und vegetarischer Kost annähernd gleich und ganz erheblich viel niedriger als bei Fleischkost. Bei reiner Milchkost zeichnete sich der Harn durch einen niedrigen Gehalt an Chlor, einen relativ hohen an Schwefelsäure, Kalk und Magnesia aus. Die Harnsäuremenge ist sehr stark reduziert, die Menge der gepaarten Schwefelsäuren sehr stark reduziert gegenüber der reinen Kalbfleischkost, bei welcher außerdem der Ammoniakgehalt ein sehr hoher war und gleichzeitig Azeton auftrat.

Halberstadt berichtet über einige Fälle von Idiosynkrasie von Säuglingen gegen Kuhmilch. Da nach L. F. Meyer die Kuhmilchmolke hierfür verantwortlich zu machen ist, so wurde ein Gemisch von Frauenmilchmolke + Kuhkasein und Fett verabreicht, ohne daß indessen die Störungen beseitigt wurden. Der gleiche negative Erfolg wurde bei Verabreichung von Kuhmilchmolke + Frauenkasein und Fett erzielt. Sobald aber seit der letzten Nahrungsaufnahme längere Zeit — 8 bis 12 Stunden — verflossen waren, trat keine Reaktion mehr ein, das Kind hatte seine Idiosynkrasie verloren. Halberstadt nimmt an, daß die Idiosynkrasie nicht als Morbus sui generis aufzufassen ist, sondern lediglich ein Symptom einer angeborenen konstitutionellen Anomalie ist, die nicht durch einen bestimmten Teil der Nahrung, wie L. F. Meyer annimmt, sondern bald durch den einen, bald durch den andern ausgelöst werden kann.

Nach Großer (2) ist die günstige Wirkung der Frauenmilch gegenüber der Kuhmilch nicht auf ihren Albumingehalt zurückzuführen, da Frauenmilchmolke, die durch Eisenhydroxyd enteiweißt worden war, eine ebenso günstige Wirkung hatte als die Frauenmilch selbst. Die günstige Komponente in der Nahrung bilden sonach die in der Frauenmilch enthaltenen, nicht ausflockbaren Molkenbestandteile, im Gegensatze zu denen der Kuhmilch.

Die Verwendung von Eselmilch findet nach Bruckner zweckmäßig bei Ernährungsstörungen von Flaschenkindern, bei Dyspepsie und Mehlnährschäden mit dünnen Stühlen statt. Bei Dekomposition versagt sie.

Edmunds erhielt bei der Behandlung von „Graves disease" mit der Milch thyreoidectomierter Ziegen gute Resultate.

Wegelins konnte bei der passiven Immunisierung trächtiger Tiere einen plazentaren Übergang der Immunstoffe auf das Junge

beobachten, nicht aber durch die Milch. Eine Assimilation durch den Magendarmkanal des Jungen fand also nicht statt.

Sauermilch.

Nach Analysen von Kooper (3) bestehen zwischen Mager- und (süßer) Buttermilch derselben Vollmilch mit Ausnahme des Kasein- und Albumingehalts nur sehr geringe Unterschiede. Die Viskosität der Magermilch ist größer als die der Buttermilch. Auch biologisch verhalten sich die beiden Milcharten verschieden, da sowohl der Reduktase- wie der Katalasegehalt der Magermilch erheblich niedriger ist als der der Buttermilch. Während die Zusammensetzung der fettfreien Trockensubstanz verschiedener Mager- und Buttermilchproben annähernd dieselbe ist, zeigte die Untersuchung der Asche wesentliche Unterschiede. Kooper schließt daraus, daß während des Butterns nicht nur physikalische, sondern auch chemische Veränderungen stattfinden.

Hohenadel gibt folgende Zusammensetzung von Kuhmilch, Frauenmilch, Kumys, Kefir und Yoghourt an:

	Kuhmilch	Frauenmilch	Kumys	Kefir	Yoghourt
		in Prozenten			
Kasein	2·88	0·80	0·80	2·98	2·70
Albumin	0·51	1·21	0·30	0·20	0·98
Albumosen und Peptone . . .	—	—	1·04	0·05	3·75
Fett	3·68	3·74	1·12	3·10	7·20
Zucker	4·94	4·94	0·39	2·78	9·40
Asche	0·72	0·72	0·33	0·79	1·38
Alkohol	—	—	3·19	0·20	0·02
Milchsäure . . .	—	—	0·96	0·81	0·80

Die bei Frauenmilch für Zucker und Asche angegebenen Werte sehen sehr unwahrscheinlich aus.

Rubinsky gibt eine genaue Beschreibung der Herstellung von Kumys. Die in demselben vorhandenen Mikroorganismen sind folgende: Kumyshefe, Kumysbakterium, Streptococcus lactis (gewöhnliche Milchsäurebakterien) und Bac. acidi lactici Hueppe, vielfach, nicht immer, findet man noch Bact. caucasicum Nikolajewa. Für die normale Kumysgärung sind nur die beiden erstgenannten nötig, die anderen sind als Verunreinigungen zu betrachten. Die Kumyshefe zeichnet sich in morphologischer Einsicht durch starke Differenzierung des Plasmas aus. Sie wächst besonders gut in Milch, in welcher Laktose stürmisch vergoren wird. Eiweißstoffe werden von ihr bis zu Albumosen und Peptonen abgebaut, weiterhin werden aromatisch esterartige Substanzen und flüchtige Säuren gebildet. Das Kumysbakterium ist nicht identisch mit dem Hueppeschen Bazillus und gehört zur Gruppe der rankenbildenden Laktobazillen. Es ist beweglich und bildet keine Sporen. Milch wird erst nach 3 bis 5 Tagen zur Gerinnung gebracht, die maximale Azidität entsprach

1·1% Milchsäure. Während es in Reinkultur unter 23 bis 24° nicht wächst, findet in Symbiose mit Hefe noch bei Zimmertemperatur Entwicklung statt. Nach Rubinsky findet bei der Kumysgärung zunächst eine intensive Milchsäuregärung durch das Bakterium statt, das hierbei in geringem Maße durch die Hefe unterstützt wird. Hierdurch wird allmählich die Tätigkeit des Bakteriums gehemmt, die der Hefe gefördert, die aber bald Zucker vergärt und sehr energisch die Eiweißstoffe in Angriff nimmt. Als beste Gärtemperatur ist die von 26 bis 32° zu bezeichnen.

Oehler untersuchte 12 Yoghourtproben aus drei verschiedenen Quellen. Der Säuregehalt derselben schwankte zwischen 0·76 und 1·16% Milchsäure, der Trockensubstanzgehalt zwischen 10·68 und 15·76%. Der aus zwei Anstalten stammende Yoghourt war aus einfach erhitzter Milch dargestellt, während eine dritte die Milch eindickte. Auf den Säuregrad hatte diese Manipulation keinen Einfluß. In allen diesen Präparaten konnte der Bac. bulgaricus in reichlichen Mengen nachgewiesen werden, nicht dagegen in einer großen Zahl von Trockenpräparaten (Pulver, Tabletten, Pastillen). Nach Yoghourtfütterung konnten die Yoghourtbazillen im Kote von Affen und Mäusen nachgewiesen werden. Eine Ansiedlung derselben fand aber nicht statt, am 2. spätestens am 3. Tage nach Beendigung der Yoghourtfütterung waren sie aus dem Kote verschwunden. Die Untersuchung von 8 verschiedenen Trockenyoghourtpräparaten durch Henneberg ergab deren gänzliche Wertlosigkeit, da in allen der typische Yoghourtpilz fehlte. Er empfiehlt daher die Verwendung von möglichst frischen flüssigen Kulturen.

Sonstige Milchpräparate.

Burr berichtet über die Untersuchung von Trockenmilchpräparaten. Er bestätigt die schon oft gemachte Beobachtung, daß die Haltbarkeit der Pulver eine sehr beschränkte ist. Marre (3) fand folgende Zusammensetzung von Trockenmilch: Wasser 6·30 bis 8·30%, Fett 15·8 bis 21·7%, Milchzucker 35·10 bis 48·85%, Eiweiß 28·70 bis 33·11%, Asche 6·50 bis 7·34%. Ballner und v. Stockert untersuchten ein Trockenmilchpräparat „Gallak". Es enthielt 23% Fett, 30·20% Stickstoffsubstanzen, 5·77% Asche, 33·33% Zucker und 7·81% Wasser. Das aufgelöste Pulver zeigte nach einiger Zeit einen talgigen Geschmack. Mit Hilfe der Komplementbindungsmethode wurde festgestellt, daß die Eiweißkörper der Milch keine tiefer gehenden Zersetzungen erlitten hatten.

Backe weist darauf hin, daß gesüßte, kondensierte Milch sich bei längerer Aufbewahrung entmischt, dadurch, daß eine Aufrahmung und eine Abscheidung von Milchzucker und Saccharose stattfindet. So enthielt eine kondensierte Milch 7 Monate nach ihrer Herstellung am Boden 16·43% Laktose und 41·86% Saccharose, am Deckel 6·04% Laktose und 44·23% Saccharose.

Pelka gibt folgende Zusammensetzung der Eiweißmilch an: Eiweiß 2·8 bis 3·2%, Fett 2·0 bis 2·5%, Zucker 1·2 bis 1·6%, Asche

0·45 bis 0·5%. Die Asche hatte bei einer Gesamtmenge von 0·4899 g folgende Zusammensetzung: 0·1284 g P_2O_5, 0·0927 g CaO, 0·0407 g Cl, 0·0872 g K_2O, 0·0619 g Na_2O.

Finkelstein und Meyer berichten über ihre Erfahrungen bei der Ernährung mit Eiweißmilch. Etwaige Mißerfolge damit sind fast stets auf eine Unterernährung zurückzuführen, die entweder in einer ungenügenden Dosierung (man sollte stets 180 bis 200 g auf 1 kg Lebendgewicht rechnen) oder in einer verspäteten oder zu geringen Beigabe von Kohlehydraten oder in übertriebener Einschränkung der Nahrung beim Wiederauftreten von Ernährungsstörungen ihren Grund haben. Welde erzielte in zahlreichen Fällen von Dekomposition, Intoxikation usw. mit der Ernährung durch Eiweißmilch sehr günstige Resultate. Rollet ist mit den Erfolgen, die mit Eiweißmilch erzielt wurden, außerordentlich zufrieden. Großer (1) ist der Ansicht, daß die Eiweißmilch keine Dauernahrung sei, da nach 14 Tagen bis 3 Wochen ein Stillstand in der Gewichtszunahme stattfinde. Im allgemeinen wurden aber gute Erfahrungen mit Eiweißmilch gemacht.

Bernstein stellte Stoffwechseluntersuchungen mit Säuglingen an, die zunächst nur Kuhmilch, in einer weiteren Periode aber eine Zulage von Albulaktin erhielten. Das Ergebnis derselben war, daß nach der Zulage des Kuhmilchalbumins eine erhöhte Retention von Kalk, Phosphorsäure und Stickstoff statthatte, eine Erscheinung, die aller Wahrscheinlichkeit nach auf das veränderte Verhältnis von Kasein zu Albumin zurückzuführen ist.

E. Müller empfiehlt für konstitutionell geschwächte Säuglinge eine Kuhmilch, deren Molkegehalt, abgesehen vom Milchzucker, reduziert ist. In einer derartigen salzarmen Kuhmilchmischung kann der Fettgehalt, besonders bei älteren Säuglingen, etwas gegenüber dem der Vollmilch erhöht sein. Bei der Erhöhung des Milchzuckergehalts ist indessen Vorsicht geboten. Eine Demineralisation des Organismus und rapide Gewichtsstürze, wie sie bei Buttermilch oft eintreten, sind hier nicht zu befürchten.

Zur Herstellung von Kindermilch aus Kuhmilch entrahmt Bernstein Vollmilch und teilt die Magermilch in zwei Teile. Ein Teil wird schwach alkalisiert und zirka 25 Minuten lang bei 40° der Einwirkung von Trypsin unterworfen. Dann wird der Rest der Magermilch hinzugefügt, bis zur schwachsauren Reaktion angesäuert und zu dem Ganzen Lab hinzugefügt. Es entsteht hierbei eine gelatinöse Gerinnung der Milch, aus welcher durch vorsichtiges Erwärmen eine klare Molke abgeschieden wird. Zu dieser wird der Rahm hinzugefügt und das Gemisch in Flaschen sterilisiert.

Milch als Krankheitsträger und Krankheitsursache.

Nach Concetti weisen die meisten Kinder direkt nach der Geburt und in den ersten Lebensmonaten einen Zustand von Hypothyroidismus auf. Die aktive Substanz des Schilddrüsensekrets wird durch die Milch von der Mutter auf den Säugling übertragen,

so daß Kinder, die von Müttern beziehungsweise Ammen mit Hypothyroidismus oder Hyperthyreoidismus genährt werden, unter diesem Zustande zu leiden haben. Bei künstlicher Ernährung erscheinen die Zustände von Hypothyreoidismus viel schwerer als bei natürlicher Ernährung.

Gilruth stellte fest, daß Baz. lactis aerogenes beim Rinde nach Injektion in das milchende Euter krankmachende Wirkung entfaltet. Durch den Melkakt ist die Möglichkeit einer Weiterverbreitung gegeben.

Von 17 Kindern, die eine auf Grund von bakteriologischen Untersuchungen als tuberkelbazillenhaltig befundene Milch zur Nahrung hatten, und die Heß Gelegenheit hatte mehr als 3 Jahre zu beobachten,erkrankte nur ein einziges an tuberkulöser Halsdrüsenentzündung (Typus bovinus). Weiterhin wies Heß nach, daß es gelingt, Meerschweinchen mit einer subinfektiösen in Milch suspendierten Dosis von Tuberkelbazillen zu infizieren, wenn die betreffende Menge von Bazillen nicht auf einmal, sondern in mehreren Dosen verfüttert wird. Bei der 1maligen Verabreichung von je 2 mg eines Tuberkelstammes an 10 Meerschweinchen erfolgte keine Infektion, ebenso bei 10maliger Verfütterung von je 0·1 mg an 2 Meerschweinchen (insgesamt also 1 mg pro Tier), während bei Dosen von 0·05 mg bei 25maliger Verabreichung (insgesamt pro Tier 1·25 mg) ein positiver und ein negativer Fall erhalten wurde und bei der Verabreichung von insgesamt 1·50 mg in Dosen von 0·05 mg zwei positive und ein negativer Fall. Schultze (2) sah zwei in der Gefangenschaft mit Kuhmilch aufgezogene etwa 1 Jahr alte Rehe an Tuberkulose eingehen. Aus dem Stalle, der die Milch geliefert hatte, waren einige Zeit zuvor mehrere Kühe wegen hochgradiger offener Tuberkulose ausgemerzt worden.

Bei einer durch Streptokokken verursachten Euterentzündung der Kühe fand Meyer folgende Veränderungen der Milch. Bei akuter Mastitis sinkt das spezifische Gewicht sehr tief, während es sich bei chronischer Mastitis in normalen Grenzen hält. Der Fettgehalt ist stets erniedrigt, und zwar um so mehr, je stärker die Milch auch sonst verändert ist. Die Azidität der Milch der kranken Viertel ist stets erheblich niedriger als die der Milch aus den gesunden Vierteln. Der Katalasegehalt der Mastitismilch ist stark erhöht, Reduktase fehlt.

Seel untersuchte die Milch von Kühen, die an Euterentzündung litten und fand, daß die aus den erkrankten Vierteln stammende Milch besonders in den ersten Tagen der Krankheit ein von Eiter herrührendes, gelbliches Aussehen hatte, vielfach flockig und bald dickflüssig, bald dünnflüssig war. Die Reaktion der Milch war fast stets alkalisch, der Gehalt an Milchzucker, Fett und Chloriden (in Prozenten der Asche) stark erniedrigt, die Aschemenge selbst und ihr Gehalt an P_2O_5 bald erhöht, bald erniedrigt. Die Menge der Eiweißstoffe, insbesondere des Albumins war stark erhöht. Die Refraktion des Fettes zeigte starke Abweichungen sowohl nach oben wie nach unten. Auch die Milch aus den von der Krankheit noch nicht ergriffenen Euterviertеln weicht in bezug auf ihre Zusammensetzung

erheblich von derjenigen der normalen Kuhmilch ab — alkalische Reaktion, erhöhter Gehalt an Fett, Albumin und Phophaten, verringerter an Chloriden, so daß auch aus der Gesamtmilch einer Kuh durch Feststellung der genannten Konstanten auf Mastitis geschlossen werden kann. Je nach der Schwere der Erkrankung nimmt die Milch der erkrankt gewesenen Kühe nach 2 bis 4 Wochen wieder ihre normale Zusammensetzung an. Aus der Arbeit von Zwick und Weichel ist zu entnehmen, daß die Verfütterung von Milch, die von Kühen stammt, welche an akuten Euterentzündungn leiden, zum Teil ganz ähnliche Krankheitserscheinungen bewirkt, wie sie bei Fleischvergiftungen auftreten. In diesen Fällen war die Euterentzündung durch Bakterien aus der Gruppe der Fleischvergiftungserreger hervorgerufen worden.

Vamvakas untersuchte eine Milch, die Vergiftungserscheinungen hervorgerufen hatte. Durch die Analyse konnte nichts Verdächtiges nachgewiesen werden, auch konnten die Vergiftungserscheinungen nicht auf Pflanzen zurückgeführt werden, welche von den Kühen gefressen worden wären. Vamvakas vermutet eine Bakterienvergiftung, hervorgerufen durch eine Mikrobe, die an brandig gewordenen Milchwarzen gefunden wurde.

Besprechungen.

M. Pfaundler. *Die K. Universitäts-Kinderklinik im Dr. v. Haunerschen Kinderhospital zu München.* (Verlag von Rudolph Müller und Steinicke, München, 1911, M. 3·80.)

In der Einleitung erzählt Verf. die ältere Geschichte der Anstalt und die Vorgeschichte der Neu- und Umbauten, die nunmehr vollendet sind, er schaut heut mit Humor auf die mannigfachen Schwierigkeiten, die sich der Ausführung entgegengestellt haben, zurück und denkt dankbar derjenigen, die das Werk fördern halfen.

Den wesentlichen Inhalt des Buches bildet die detaillierte Schilderung von Bau, Einrichtung und Betrieb der Anstalt, die durch vorzügliche Abbildungen illustriert wird. An allen Stellen ist zu erkennen, wie sorgfältig alle Einzelheiten in Bau und Betrieb durchdacht sind, und darum werden sehr viele Interessenten dem Verf. Dank wissen, daß er sich die Mühe nicht hat verdrießen lassen, seine Pläne und ihre Ausführung zu schildern. Keller.

S. Engel. *Grundriß der Säuglingskunde.* (Mit 58 Textabbildungen.) Nebst einem *Grundriß der Säuglingsfürsorge* von **Marie Baum,** mit 4 Textabbildungen. (Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1912, M. 4·60.)

Derartige Leitfäden und Grundrisse existieren heute in deutscher Sprache in großer Zahl, zum Teil recht gute; die in den letzteren vorgetragenen Anschauungen weichen nachgerade nicht wesentlich

voneinander ab, wohl aber sind die Anschauungen über das, was dem Leserpublikum zu bieten ist, noch recht verschieden — so verschieden, wie das Begriffsvermögen der intelligenten und der rückständigen Schülerinnen eines und desselben Lehrkurses in der Regel ist.

Die Geschmäcker sind verschieden; mir will scheinen, als ob Engels Ausführungen vielfach zu theoretisch wären. Ganz ausgezeichnet — aber auch für die Intelligenteren bestimmt — ist der Grundriß der Säuglingsfürsorge von Marie Baum.

Die Ausstattung des Leitfadens ist gut. Keller.

Josef und **Siegmund Taussig.** *Ernährung und Pflege des Kindes.* (5. bis 8. Tausend; Wilhelm Braumüller, Wien und Leipzig, M. 2·—.)

Wieder ein populäres Buch, etwas weniger gut; auch in der Auswahl des Stoffes nicht besonders zweckmäßig, z. B. in den die Kinderkrankheiten betreffenden Kapiteln. Keller.

J. Ranke. *Der Mensch.* (II. B., 3., gänzlich neu bearbeitete Aufl. mit 372 Abb. im Text, 31 Tafeln u. 7 Karten.) (Leipzig u. Wien, Bibliographisches Institut, M. 15.—.)

Der 2. Band umfaßt „Die heutigen u. die vorgeschichtlichen Menschenrassen" und bringt in Wort und Bild eine Fülle von Material, so daß dem Werk eine große Verbreitung im gebildeten Lesepublikum zu wünschen ist. Keller.

Werner Kümmel. *Die Krankheiten des Mundes.* (3. Auflage. Mit 79 zum Teil farbigen Abbildungen im Text. Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1912, M. 9·—.)

Ein ausgezeichnetes Lehrbuch, das jedem Praktiker zu empfehlen ist; auch dem erfahrenen Kollegen wird eine gedrängte Zusammenstellung eines umschriebenen Gebietes, das praktisch von großer Wichtigkeit ist, willkommen sein. Die Mitarbeit Ad. Czernys, dessen Ratschläge dem Verf. zur Verfügung standen, birgt dafür, daß die Ergebnisse pädiatrischer Forschungen zur Geltung kommen. Keller.

W. Prausnitz. *Grundzüge der Hygiene.* (9. Auflage, bearbeitet von Prof. P. Th. Müller und Prof. W. Prausnitz; mit 278 Abbildungen; München, 1912, M. 9·—.)

Das Lehrbuch ist an Universitäten und Hochschulen seit langem eingeführt und wird auch in der neuen Auflage seinen Freundeskreis behalten und erweitern. Keller.

T. Cohn. *Leitfaden der Flechtendiagnostik und Flechtentherapie.* (4. vollständig umgearbeitete und vermehrte Auflage; Berlin 1912, S. Karger.)

Gegen die früheren Auflagen unterscheidet sich die jetzige durch eine größere Anzahl von Abbildungen und durch mehrfache Erweiterungen des Textes. Die Vorzüge des Buches sind bekannt;

es ist eines der wenigen Bücher, die mit vielem didaktischen Geschick und mit genauer Kenntnis der Bedürfnisse der allgemeinen Praxis — aber auch mit weiser Beschränkung auf diese — geschrieben sind. Birk (Kiel).

Inhalt.

Grimmer. *Die Arbeiten auf dem Gebiete der Milchwissenschaft und Molkereipraxis im Jahre 1911, I. und II. Semester 73.* — **Besprechungen. v. Pfaundler.** *Die Universitätskinderklinik in München 146.* — **Engel** und **Baum.** *Grundriß der Säuglingskunde und Säuglingsfürsorge 146.* — **Taussig.** *Ernährung und Pflege des Kindes 147.* — **Ranke.** *Der Mensch 147.* — **Kümmel.** *Krankheiten des Mundes 147.* — **Prausnitz.** *Grundzüge der Hygiene 147.* — **Cohn.** *Flechtendiagnostik und Flechtentherapie 147.*

Inhalt des Maiheftes der Originalien-Abteilung.

Seite

Dr. Karl Stolte. *Behebung von Durchfällen der Säuglinge durch Korrektur ihrer Nahrung mit Buttermilch* 49

Dr. Theodor Goett. *Zur Bewertung des Assoziationsversuches im Kindesalter* 59

Dr. J. A. Schabad. *Bemerkungen zu den Arbeiten von Dr. Arnold Orgler: „Über den Kalkstoffwechsel bei Rachitis", Monatsschr. f. Kinderheilk. 1911, Bd. X, Originalien Nr. 7, und „Der Kalkstoffwechsel des gesunden und des rachitischen Kindes", Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde 1912, Bd. VIII* 63

Dr. Kurt Blühdorn. *Eine Demonstration des Einflusses der Reaktion auf den Umsatz von Kalk und Phosphorsäure im Dickdarm des Säuglings* 68

Dr. med. Karol Rieder. *Über die quantitative Ausscheidung von Urotropin in der Frauenmilch* 80

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin W. 50., Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny	Göppert	Knöpfelmacher	Moro	Thiemich	Tobler
Straßburg	Göttingen	Wien	Heidelberg	Magdeburg	Breslau

Berend	Comba	Johannessen	Koplik	Marfan	Thomson	Wieland
Budapest	Florenz	Kristiania	New-York	Paris	Edinburg	Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XI. **Referate.** Nr. 3.

Es ist kaum auszudenken, welchen Umfang unsere Literatur erreichen würde, falls jede Arbeit ein Referat, jedes Referat eine Replik, diese eine Duplik usw., und die letzte schließlich eine redaktionelle Notiz hervorrufen würde. Wenn die folgende Entgegnung an dieser Stelle Aufnahme findet, so geschieht es nur aus dem Grunde, um zu zeigen, welchen Insulten ein kritischer Referent ausgesetzt ist.

Ehrliche Kritikertätigkeit, auf welchem Gebiete sie auch ausgeübt werden möge, ist stets recht mühselig, bringt weder Lorbeeren noch — außer kärglichem Honorar — sonstige Annehmlichkeiten. Nur ist es auf anderen Gebieten, als in unserer Wissenschaft, wohl weniger üblich, die Autorität der hohen Herren Chefs in die Polemik hereinzuziehen.

Im übrigen sei den Lesern der Monatsschrift das Urteil überlassen, ob die Vogtsche Kritik berechtigt ist oder nicht. Keller.

Entgegnung

auf die

im Aprilheft dieser Monatsschrift von Herrn Professor Vogt (Straßburg) veröffentlichte Kritik meiner Abhandlung: „Versuch einer poliklinischen Tuberkulinbehandlung der kindlichen Skrofulose und Tuberkulose".

In der vornehmen Tonart, die diesen Referenten ziert, unterzieht Herr Professor Vogt meine oben genannte Arbeit einer sehr herben

Kritik. Der Zweck meiner Mitteilung war hauptsächlich — manchem Praktiker vielleicht nicht ganz unwillkommen — der, darauf hinzuweisen, daß eine Tuberkulinbehandlung poliklinisch möglich ist, ohne die ihr unterworfenen Kranken zu schädigen. Im Gegenteil zeigte sich, daß eine Reihe krankhafter Erscheinungen günstig beeinflußt wurden. Meine Beobachtungen sind schlicht und ruhig mitgeteilt und am Schluß der Arbeit nochmal kurz zusammengestellt worden. Herr Vogt akzeptiert meine Deutung der berichteten Tatsachen nicht und glaubt jene deshalb verhöhnen zu dürfen. Es fragt sich, mit welchem Rechte. Zunächst übersieht der Herr Referent, absichtlich oder unabsichtlich, die bekannte Erfahrung, daß hartnäckige Appetitlosigkeit eines der häufigsten Frühsymptome beginnender Tuberkulose ist, die sich nicht einfach wegsuggerieren läßt. Dafür bereichert er unsere Kenntnisse durch die Offenbarung, daß jedes gesunde Kind Nachtschweiße hat. Was ferner die Durchfälle anlangt, über die mein Herr Kritikus sich lustig macht, so handelte es sich in den vier in Betracht kommenden Fällen (von denen drei unter Nr. 15, 29 und 30 meiner Arbeit mitgeteilt sind) um monatelang anhaltende, durch Besichtigung der Entleerungen festgestellte, durch innere Medikation und diätetische Behandlung nicht zu stillende Diarrhöen, die mir vom Oberarzt der Poliklinik wegen Verdachts der Darmtuberkulose zugewiesen worden waren. Nun, und diese Diarrhöen schwanden eben während der Tuberkulinbehandlung, mag das Herrn Vogt in Erstaunen versetzen oder nicht. Vielleicht findet sich der oder jener — natürlich meine ich nicht Herrn Vogt — veranlaßt, meine Angaben nachzuprüfen; dann wird sich ja zeigen, was es mit dem aprioristischen Verdikt des Herrn Referenten auf sich hat. Ich sehe ein, daß ich mit dem Auszug aus meinen Krankengeschichten (übrigens nur 34 von 70 vorhandenen), wenigstens für die Auffassung des Herrn Vogt, zu kurz verfahren bin — ein Umstand, durch den ich mir allerdings den Beifall des Kritikers hätte gewinnen müssen, der ja mit dem Vollgewicht seiner großen Autorität die pädiatrischen Schriftsteller wegen Weitschweifigkeit verwarnt.

Wenn Herr Vogt ferner meine Diagnosen unter souveräner Beiseitelassung ihrer kurzen Begründung bemängelt, so hätte er sich vielleicht überlegen dürfen, von welcher Stelle die Verantwortung für diese Diagnosen übernommen war.

Schließlich wer selbst Artikel schreibt, wie Herr Vogt über seine sechs Eidottersäuglinge, dürfte immerhin Ursache haben, mit dem Anathema „trauriger Tiefstand der therapeutischen pädiatrischen Literatur" nicht allzu verschwenderisch umzugehen.

Dr. med. Hermann Wittich.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

Kraus, Ishiwara und **Winternitz.** *Über das Verhalten embryonaler Zellen gegenüber Nabelblut und Retroplazentarserum.* (A. d. Serotherapeutischen Institut in Wien.) (Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 303.)

Embryonale Zellen weisen ein ähnliches biologisches Verhalten auf wie Karzinomzellen. Das Nabelblutserum löst Karzinomzellen und embryonale Zellen viel weniger als normales oder Retroplazentarserum. Birk (Kiel).

P. Eminet (Charkow). *Spezifische Blutplättchen und die Theorie der direkten reaktiven Aufeinanderwirkung.* (Arch. f. Kinderheilk. 1911, LVII, 4—6.)

Bei Infektion des Organismus entstehen für das betreffende Antigen spezifische Blutplättchen, „Soterozyten", welche wahrscheinlich vermittels ihrer Kerne das Virus vernichten. Je stärker die Vergiftung, um so weniger Soterozyten mit normalen Kernen sind vorhanden. Der Blutplättchenkern ist sehr reich an Lezithin. Die Vermehrung der spezifischen Soterozyten im Gefolge von Infekten hat aber eine Grenze. Bei übergroßer Toxinmenge vermindert sich die Plättchenzahl. Der Autor bittet am Schlusse um Nachprüfung seiner Anschauungen und hat aus diesem Grunde — um eben Nachuntersuchungen anzuregen — seine Theorien so bestimmt ausgesprochen. Er hält beispielsweise auch die heute so modernen großen Antitoxingaben für nicht gerechtfertigt und schädlich.

Klotz (Straßburg).

L. M. Spolverini. (Kinderklinik, Rom). *Contributo alla conoscenza dei rapporti funzionali fra la tiroide e le altre ghiandole a secrezione interna.* (Beitrag zur Kenntniß der funktionellen Beziehungen zwischen der Schilddrüse und den übrigen inneren Sekretionsdrüsen.) (Rivista di Clinica Pediatrica, 1912, Nr. 12.)

Verf. wollte die Bedeutung der Schilddrüsenfunktion im Schwangerschaftszustand erforschen und führte an 2 gesunden Ziegen während dem 3. Schwangerschaftsmonate die Thyroidektomie mit Entfernung der Nebenschilddrüse aus. Beim Vergleiche der von diesen Ziegen geborenen Zicklein mit den von einer Kontrollziege geborenen beobachtete Verf. eine bedeutend geringere Entwicklung und geringeres Gewicht der ersteren, die dann an Inanition starben. Die spärliche Milch nimmt nach Darreichung von Thyroidin zu.

Eine der Ziegen konnte eine zweite Schwangerschaft nicht zu Ende bringen und verendete vor der Entbindung: Atrophie des Eierstocks und Hypertrophie der Thymus und der Hypophyse. Bei der zweiten Ziege genügte ein zurückgebliebenes Stückchen von Schilddrüsengewebe, um ihr eine 2. Schwangerschaft mit günstigem Ausgange zu ermöglichen.

Von besonderer Bedeutung sind jedoch die an der während der 2. Schwangerschaft verendeten, d. h. völlig thyroidektomisierten Ziege an den verschiedenen Organen angestellten Untersuchungen: Hypophyse hypertrophisch, mit Vorwiegen eosinophiler Zellen in der Rindensubstanz. In den Eierstöcken hämorrhagische Herde, Narbengewebe und häufig Eierstockfollikel in atrophischem Zustand. Fettige Entartung der Leberzellen. In Mamma, Milz, Pankreas und Nebennieren nichts nachzuweisen, Thymus leicht hypertrophisch.

Dotti (Florenz.)

Landis and **Kaufman**. *The occurence of venous hum in children.* (Vorkommen des venösen Schnurrens bei Kindern.) (Arch. of Pediatrics, Februar 1912.)

Dies Geräusch scheint bis zur Pubertät fast konstant vorzukommen und hat keinen Zusammenhang mit etwa bestehender Anämie; die meisten der beobachteten Kinder waren bestimmt nicht anämisch. Nach dem 15. Jahre wird das Schnurren selten. Es wird aber bemerkt, daß bei Anämie das Schnurren deutlicher war und in liegender Stellung nicht so leicht verschwand. Wachenheim.

C. Happich (Hohe Mark, Taunus). *Schädliche Wirkungen des Kampfers.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 12.)

Während Ziemssen betont hatte, daß Kampfer beim Menschen keine Maximaldosis habe, glaubt Happich, daß man die Ungefährlichkeit des Kampfers doch etwas überschätze. Aus Versuchen am Kaninchen geht hervor, daß für die Entgiftung des Kampfers durch Paarung mit Glukuronsäure der Glykogenbestand (Hunger) und normale Sauerstoffmengen im Blut wichtig sind. Entzog man Kaninchen den Sauerstoff und injizierte Kampfer, so trat Exitus ein, der ausblieb, wenn Kampfer plus Glukuronsäure eingespritzt wurde. Es ist auch ein eminenter Unterschied, ob Kampfer intravenös oder intraarteriell injiziert wird. Intravenös versursachten 0·2 Kampferemulsion Krämpfe, doch erholte das Versuchstier sich bald wieder; intraartiell war nach $^1/_2$ Stunde (bei 0·1 nach 6 Stunden) der Tod eingetreten. Im Lungenkreislauf wird also ein großer Teil des Kampfers entgiftet.

Was den Menschen anbelangt, so wird der gesunde Organismus 10 bis 20 Spritzen à 0·1 g pro Tag vertragen. Aber dort, wo einer oder beide der für die Glukuronsäurepaarung wichtigen Faktoren (Traubenzucker beziehungsweise Sauerstoff) fehlen beziehungsweise beschränkt vorhanden sind (Ausgehungerte, Karzinomatöse, gewisse Diabetiker und Geisteskranke, schwere dekompensierte Herzfehler, gewisse schwere Pneumonien, Leuchtgasvergiftungen), muß die Dosierung vorsichtig gehandhabt werden. Klotz.

E. Zadro. *Zur Folge der Heliotherapie.* (Wiener med. Wochenschr., 1912, Nr. 14.)

Verf. berichtet über Resultate der Sonnenlichtbehandlung in S. Pelagio-Rovigno. Die Erfolge sind gute, unterscheiden sich aber

kaum von denen, die gleichen Orts ohne Sonnenbestrahlung erreicht werden. Die Heilung von tiefen Knochenherden und Gelenksaffektionen wurde nicht in auffallender Weise befördert oder beschleunigt. Dagegen scheint die Heilung von offenen Wunden und Ulzerationen sehr befördert zu werden. Verf. ist der Ansicht, daß die glänzenden Resultate der Berghospize nicht allein der Heliotherapie, sondern vorwiegend allen anderen mit einem Berg- oder Seehospiz in innigem Zusammenhange stehenden sanitären und hygienischen Verhältnissen zu danken sind. Reuß (Wien).

Ernährung und Stoffwechsel.

Variot (Paris). *Étude clinique des Diarrhées chez les nourrissons au sein.* (La clinique infantile, X, Nr. 3, 1912.)

Variot klassifiziert Durchfälle bei Brustkindern in folgender Weise:

1. Exogen bedingte Diarrhöen.

1. Sommerdiarrhöen. Selten tritt Erbrechen hinzu. Benigne Prognose. Therapeutisch wertvoll: Verlängerung der Stillintervalle, Kürzung der Trinkdauer, Interpolierung einer Reiswasserabkochung. Jedes Medikament ist überflüssig, auch Opium hat sich nicht bewährt.

2. Überfütterungsdiarrhöen: Therapie: Quantität der getrunkenen Milch zu beschränken.

3. Unterernährungsdiarrhöe. Bei Milchmangel oder zu ängstlicher Beschränkung der Milchmenge kommt es zu diarrhöischen, seltenen, pseudo-enteritischen Stühlen. Daneben Erbrechen und Ausbildung des hypotrophischen Status: „Dissociation de la croissance ponderale et staturale". Therapie: Nahrungssteigerung.

4. Diarrhöen durch Kasein, Fett der Frauenmilch bedingt. Bei zu fettreicher Milch Allaitement mixte mit Eselinnenmilch oder abgerahmter Milch. Ein Einfluß des Fettes hinsichtlich Ekzemauftretens besteht nicht. Eine Schädigung durch Kasein lehnt Variot ab.

5. Diarrhöen durch toxische Frauenmilch. Reine toxische Diarrhöen ohne auffindbare Ursache sind nicht selten. Die Kinder können dabei atrophisch werden. Sofortige Besserung durch Abstillen. Sicher ist ferner ein Einfluß von psychischen Traumen der Mütter auf die Qualität der Milch. Therapie: Teilweiser Ersatz der Brustmilch durch sterilisierte oder homogenisierte Kuhmilch mit Zusatz von Natriumfiltrat. Gelegentlich ist auch vollständiges Abstillen zweckmäßig.

6. Toxische Frauenmilch bei Infektionen der Mutter als Ursache von Diarrhöen beim Kind. Neben allgemeinen

Infektionen erweisen sich auch rein lokale [besonders häufig Mastitis, Metritis] als Ursachen von Diarrhöe beim Säugling. Auch Wiedereintritt der Periode bedingt Diarrhöe des Säuglings. Therapie: Allaitement mixte oder Abstillen.

7. Diarrhöen infolge alimentärer Vergiftungen bei den Stillenden. Konservenintoxikationen (Fleisch und Gemüse), ferner Alkohol. Bei letzterer Ätiologie von Diarrhöen beim Brustkind kommt es häufig noch zu eklamptischen Anfällen.

Aus allem geht also — nach Variot — hervor, wie überwältigend oft die Noxe, die zur Diarrhöe führt, außerhalb des Säuglings zu suchen ist.

II. Endogene Quellen der Diarrhöe des Brustkindes. Dentitionsdurchfälle — häufige Koinzidenz mit flüchtigen Dermatosen. Reflektorisch bedingt.

Parenterale Injektionen.

Fälle von „hérédité dyspeptique" scheinen Variot noch nicht genügend bewiesen zu sein.

Die für die Praxis so außerordentlich bedeutungsvolle Kenntnis der Durchfälle bei neuropathischen Säuglingen wird mit keinem Wort erwähnt. Die Geringschätzung der Konstitution des Säuglings hinsichtlich der Pathologie der Ernährungsstörungen kann ja kaum deutlicher ausgesprochen werden wie im vorliegenden Artikel, den ich deshalb ausführlicher glaubte referieren zu müssen, weil Variot als einer der vitalsten Intelligenzen unter den Pädiatern Frankreichs gilt. Klotz (Straßburg).

Nageotte-Wilbouchevitch. *Intoxication par le lait liquide et tolérance pour le lait sec.* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 23.)

Die Vortragende berichtet über Erfahrungen mit Intoleranz gegen gekochte oder sterilisierte Kuhmilch bei Säuglingen, älteren Kindern und Erwachsenen, die sich im Auftreten von Durchfällen nach Genuß der Milch zeigte. Verf. konnte alle diese Krankheitsfälle heilen, wenn sie an Stelle der einfachen (gekochten oder sterilisierten) Kuhmilch pulverisierte Trockenmilch zur Herstellung der betreffenden Nahrungsgemische verwendete.

R. Weigert (Breslau).

J. Stargardter (Düsseldorf). *Beiträge zum Nahrungsbedarf und Eiweißbedarf des Kindes jenseits des Säuglingsalters.* (Arch. f. Kinderheilk. LVII, 4—6, März 1912.)

Verf. berechnete den Nahrungsbedarf aus den Größen Körpergewicht, Oberfläche und Sauerstoffverbrauch; den ermittelten Kalorien wurde ein entsprechendes Plus für unausgenutzte Nahrung und ein Zuschuß für Anwuchs zuaddiert. Die so auf theoretischem Wege ermittelte Kalorienzahl wurde im Stoffwechselversuche auf ihre Richtigkeit nachgeprüft und gefunden, daß der Energiebedarf sich

in der Tat im großen und ganzen mit der rechnerisch erhaltenen Zahl deckte. Zur Körperbewegung setzte der Autor 15% des Grundumsatzes, für Muskelarbeit 30% in Rechnung, doch genügt bei sehr agilen Kindern die Quote von 30% nicht, sondern es müssen mindestens 40% zugeschlagen werden.

Der für die Versuchskinder gerade ausreichende Nahrungsbedarf

I.	5	Jahre	10	Mon.	15	kg.	Kalorien	pro	Kilo	und	Tag:	78
II.	6	„	8	„	18	„	„	„	„	„	„ :	68
III.	7	„	10	„	20	„	„	„	„	„	„ :	67·8

Der zweite Teil der mühevollen Versuche diente Untersuchungen über den Eiweißbedarf. Die beiden Versuchskinder erhielten sehr geringe Eiweißmengen zugewiesen. Dann wurde die Kohlehydratkomponente der Versuchsnahrung (Milch-Sahnemischung) gesteigert, ferner auch ein Versuch mit Nutrosezulage angestellt.

Im Versuch 1 genügten 1·5 Eiweiß pro Tag und Kilo nicht, um bei 852 Kalorieneinfuhr (davon 4·1 pro Kilo Zucker) Eiweiß anzusetzen. Auch 6·6 Zucker pro Kilo genügten noch nicht. Erst bei 10·3 Zucker trat bei der gleichen Eiweißmenge von 1·5 pro Kilo und Tag Eiweißansatz ein (1201 Kalorienzufuhr). Steigerung der Eiweißquote auf 1·75 bei Verminderung des Zuckers führte wieder zur Minusbilanz, erst 2·2 Eiweiß waren imstande, die N-Retention wieder positiv zu gestalten. Die ungemein schnelle Abgabe des soeben noch retinierten Stickstoffs ist ein Zeichen, daß es sich um labiles, nicht organisiertes Eiweiß gehandelt haben muß. Im Versuch 2 kam es bei 1100 Kalorien (davon 5·4 pro Kilo Zucker) und 1·3 Eiweiß nicht zum N-Ansatz, auch bei 1182 Kalorien (wovon 6·7 pro Tag und Kilo Zucker) und 1·3 Eiweiß ebenfalls noch nicht. Erst bei 1264 Kalorien (wovon 7·8 Zucker) gelang es bei der gleichen Eiweißquote von 1·3 Eiweiß zum Ansatz zu bringen. Die steigende Zuckerzulage führte in bekannter Weise zur Besserung der Retention, zum Absinken der Resorption des Kotstickstoffs. Stargardter kommt also zu dem Schluß, daß der Eiweißbedarf des Kindes jenseits des Säuglingsalters mit 1·5 bis 2·5 Eiweiß pro Tag und Körperkilo vollauf gedeckt ist. Auch ist keineswegs zu befürchten, daß der geringe Eiweißgehalt der Kost irgendwie von Schaden für den wachsenden kindlichen Organismus sein könnte. Es genügt, wenn sich das Eiweiß an den Gesamtkalorien mit 10 bis 12% beteiligt, allerdings müssen die Kohlehydrate dann $^2/_3$ der N-freien Nährstoffe betragen. Endlich berichtet Stargardter noch über die differente N-Retention bei verschiedenen Zuckerarten. Die Reihenfolge der Zucker stellte sich wie folgt dar: Obenan Malzzucker, dann Rohrzucker, dann Traubenzucker, am Schluß: Milchzucker. Klotz.

Kathe. *Sommerklima und Wohnung in ihren Beziehungen zur Säuglingssterblichkeit.* (Klin. Jahrbuch, Bd. XXV.)

Liefmann und **Lindemann.** *Der Einfluß der Hitze auf die Sterblichkeit der Säuglinge in Berlin und einigen anderen Großstädten.*

(Deutsche Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege, Bd. XLIII.)

Kathes Untersuchungen erstrecken sich über die Jahre 1904 bis 1908. Für den Monat berechnet, läßt die Säuglingssterblichkeit auch in Halle den üblichen Sommergipfel erkennen und die Sonderung in Todesfälle an Magendarmaffektionen und Krämpfen auf der einen, den übrigen Erkrankungen auf der andern Seite führt zu dem Ergebnis, daß im wesentlichen jene es sind, welche diesen Anstieg bedingen. Mit besonderer Schärfe tritt die Abhängigkeit der Mortalität von der Lufttemperatur hervor, wenn beide täglich miteinander verglichen werden. Ihre Kurven verlaufen „nahezu gleichsinnig", „einem starken Anstiege der Temperatur folgt sofort eine Zunahme der Sterblichkeit, und zwar vorwiegend an Magendarmaffektionen". Die Windstärke und der Feuchtigkeitsgehalt der Atmosphäre lassen einen gleich gesetzmäßigen Einfluß nicht erkennen, dagegen zeigt die Kurve der Bodentemperaturen besonders in 60 cm Tiefe dasselbe Verhalten.

Bei der absoluten Sterblichkeit tritt eine Bevorzugung bestimmter Bezirke nicht in Erscheinung, in der heißen Jahreszeit sind es aber in erster Linie lange, an der Peripherie gelegene Straßen, die von ihr und speziell den Todesfällen an Magendarmaffektionen betroffen werden. (Es paßt nicht recht zusammen, wenn Verf. von einer regellosen Verteilung der absoluten Sterblichkeit spricht und ihre Verteilung in der heißen Jahreszeit als sehr charakteristisch bezeichnet, obwohl sich das Bild ungefähr gleichen soll. Ref.) Daraus darf man jedoch nicht, wie Liefmann in einer früheren Arbeit, den Schluß ziehen, daß Bedingungen, welche eine Lufterneuerung und Wärmeabgabe erschweren, auf die Sterblichkeit keinen Einfluß haben. Vergleicht man nämlich straßenweise die Sterblichkeit mit der Zahl der Lebendgeborenen, so ändert sich das Bild. Die relative Sterblichkeit im allgemeinen sowohl wie die an Magendarmaffektionen ist am größten in den schmalen, winkligen Straßen des Zentrums mit ihren alten verbauten Häusern und engen Höfen, deren ungünstige Bebauungs- und Wohnungsverhältnisse ein Bauplan und Angaben über einzelne besonders belastete Häuser illustrieren. Sie ist gering in Straßen, die durch größere Breite, geraden Verlauf und freiere Lage ausgezeichnet sind. Nach der Veranlagung zur Einkommensteuer beurteilt, ist die soziale Lage der Bewohner in diesen Häusern allerdings fast durchwegs besser als in jenen. Doch finden sich auch Straßen mit dem gleichen „sozialen Titer" und selbst unter den Straßen mit verhältnismäßig hoher allgemeiner Sterblichkeit treten die Todesfälle an Magendarmerkrankungen zurück, wenn die baulichen Verhältnisse für eine Durchlüftung und ungehinderte Entwärmung günstig liegen.

Das Wohnungsklima ist also die Ursache des sommerlichen Massensterbens. Die hohe Temperatur, die mangelhafte Ventilation und der große Feuchtigkeitsgehalt der Luft in den Behausungen der Armen erschweren die Wärmeabgabe, unzweckmäßige Kleidung und schlechte Haltung tun das Ihre, um die Gefahr für den Säugling dieser Kreise zu steigern, besonders aber für den künstlich ernährten,

der an und für sich schon weniger resistent ist und zu Störungen der Wärmeregulation neigt. „Die letal ausgehenden sogenannten Magendarmaffektionen der Säuglinge in der Sommerzeit sind in der Regel nichts anderes als schwere, durch Wärmestauung veranlaßte Hitzeschädigungen des Organismus" mit akutem und chronischem Verlaufe.

Wer bei der Beobachtung des erkrankten Säuglings zu einer andern Meinung gekommen ist, wird auf den schon von Meinert zitierten Militärarzt verwiesen, nach dem Magendarmerscheinungen auch beim Hitzschlag überaus häufig sind und gleichfalls ohne entzündliche Veränderungen der Schleimhaut verlaufen, auf den von manchen behaupteten günstigen Einfluß abkühlender Maßnahmen und die Beobachtungen Finkelsteins und Rietschels, die für den Verfasser den Charakter eines einwandfreien experimentellen Beweises haben.

Liefmann und Lindemann gehen in der Wertschätzung dieser Beobachtungen nicht so weit, sie glauben auch nicht, daß die Sterblichkeit in den engen, winkligen Gassen so hoch ist, weil diese schlechter ventiliert werden, sondern weil sich in diesen Wohnungen das ärmste Proletariat zusammendrängt. Während aber Liefmann sich an dem gleichen Material wie Kathe nicht von dem dominierenden Einfluß der Hitze auf die Säuglingssterblichkeit überzeugen konnte, hat das Berliner Material, das er mit Lindemann studierte, seine Meinung geändert.

Bei einem täglichen Vergleiche in den Jahren 1899 bis 1910 fand sich derselbe Parallelismus zwischen Temperatur und Sterblichkeitsmaximum und er trat noch besser hervor, wenn die Temperatur um 2 Uhr mittags zum Vergleiche herangezogen wurde. Nur der Spätsommer heißer Jahre bildet eine Ausnahme. Hier bleibt auch beim Absinken der Temperatur die Sterblichkeit unverhältnismäßig hoch. Ein Einfluß des Feuchtigkeitsgehaltes der Luft ließ sich ebensowenig erkennen wie ein solcher der Windverhältnisse.

Das häufige Zusammentreffen von Temperatur- und Sterblichkeitsmaximum spricht ebensosehr gegen die Annahme epidemischer Infektionskrankheiten wie gegen die Bedeutung der Milchzersetzung. Aber auch, wenn ein oder zwei Tage vergehen, bis dem Anstieg der Temperatur ein Anstieg der Sterblichkeit folgt, hat die Hitzschlaghypothese Meinerts das meiste für sich. Nach den Angaben, die über die Krankheitsdauer auf den Sterbezetteln zu finden waren, entspricht unter diesen Umständen dem Anstieg der Temperatur ein Anstieg der akuten Erkrankungen.

In demselben Sinne wird es verwertet, daß an heißen Vorsommertagen die Säuglinge weniger unter Magendarmerscheinungen als unter nervösen Symptomen erkranken und meist akut zugrunde gehen. Nicht minder lehrreich soll die Sterblichkeit in den verschiedenen Stockwerken sein. Dem Referenten scheint das aber mehr für die Art zuzutreffen, indes statistische Betrachtungen nicht angestellt werden sollen. Man urteile selbst.

Es starben pro Tag

	im kühlen Vorsommer 1905 (12. bis 20. Mai)		im heißen Vorsommer 1905 (30. Juni bis 3. Juli	
im	Keller	0·9 Kinder	2·25	Kinder
„	Parterre	3·2 „	7·00	„
„	I. Stock	4·3 „	11·50	„
„	II. „	3·8 „	13·00	„
„	III. „	4·4 „	13·00	„
„	IV. „	4·0 „	12·25	„
„	V. „	— „	0·25	„

Daraus wird geschlossen: „Hier zeigt sich vor allem eine starke Steigerung der Sterblichkeit in den höher gelegenen Stockwerken von der ersten Etage ab. Eine auffallende Sonderstellung aber nehmen die im Keller untergebrachten Säuglinge ein. Wir sehen, daß in den vier heißen Sommertagen nur etwa sechs Kellerkinder mehr sterben als in der vorangehenden kühlen Zeit, aber 36 Kinder aus der zweiten Etage, 34 aus der dritten Etage und 33 aus der vierten Etage. Das gleiche Verhalten haben auch schon Meinert und Willim gefunden; letzterer Autor hat es aber zugunsten der Zersetzungshypothese verwertet. Gewiß spricht es nicht gegen diese, wenn wir aber zeigen, daß in den höhergelegenen Stockwerken die Erkrankungen so rasch eintreten, daß man an Milchzersetzung nicht denken kann (ein derartiger Unterschied zwischen Keller und höheren Stockwerken ist in der Arbeit nirgends nachgewiesen. Ref.), dann bleibt nur die Meinertsche Ansicht noch übrig, daß die Kinder im Keller deshalb in geringerer Zahl sterben, weil sie dort vor Überhitzungen geschützt sind."

Dieser Schutz geht so weit, daß die Kellerkinder noch besser dran sind als die Brustkinder. Während von ihnen in den vier heißen Vorsommertagen nur 6 mehr starben, waren es bei den Brustkindern, die auf den Sterbezetteln als solche bezeichnet wurden, 12. „Hier kann es sich überhaupt nicht um Nahrungsmittelverderbnis handeln und, da auch Infektionen auszuschließen sind, bleibt für diese Fälle ganz allein die Meinertsche Theorie als Erklärungsmöglichkeit offen."

So kommen die Verff. zu dem Schlusse, daß die Frühsommersterblichkeit der Säuglinge im wesentlichen durch Hitzschläge entsteht, welche die Kinder in kürzester Zeit dahinraffen. Im klinischen Bilde dieser Hitzschläge spielen die Darmsymptome eine ganz untergeordnete Rolle. (Bemerkenswerterweise wird hier ein anderer Militärarzt zitiert, nach welchem von 504 Hitzschlagerkrankungen im deutschen Heere nur 32 Erscheinungen von seiten des Magens und Darmes zeigten.) Gehen Säuglinge an heißen Vorsommertagen akut unter Symptomen einer Verdauungsstörung zugrunde, so ist die Hitzeschädigung zu einer schon bestehenden Darmaffektion getreten.

Bei der Spätsommersterblichkeit heißer Jahre müssen noch andere Momente hinzukommen. Sterben hier, wenn die Außenwärme schon wieder gefallen ist, Kinder akut unter Krämpfen, so ist dafür

die Wohnungstemperatur verantwortlich zu machen, die noch lange hoch bleiben kann. Nicht so für die chronischen Verdauungskrankheiten, an denen die Mehrzahl der im Spätsommer sterbenden Kinder zugrunde geht. Wären diese auf eine Hitzeschädigung in den vorangegangenen Monaten zurückzuführen, so müßte die Sterblichkeitskurve der Einmonatskinder früher zur Norm zurückkehren als die der älteren Säuglinge. Das ist aber nicht der Fall. Es muß sich der Hitze noch eine andere, langsam wirkende Schädlichkeit anschließen, und. diese erblicken die Verff. in der unzweckmäßigen Ernährung vieler Säuglinge. In heißen Tagen leidet die Absonderung der Verdauungssäfte, das stärkere Durstgefühl wird aber beim Flaschenkinde meist durch eine Vermehrung der Nahrungsmenge befriedigt und so können bei diesem Störungen von seiten der Verdauungsorgane besonders leicht entstehen. Bestehen solche schon vorher, so werden sie durch die Hitze verschlimmert. Sekundäre Infektionen tragen dazu bei, den ungünstigen Ausgang herbeizuführen.

Stützen für diese Anschauung suchen die Verff. in eigenen Beobachtungen. Sie maßen die Temperatur zwischen Haut und Windel und fanden, daß diese sich beim gesunden Säugling zwischen 35·5° und 36·5° bewegt, während Rubner beim winterlich bekleideten Erwachsenen zwischen Haut und Wollhemd eine Temperatur von 32·0° bis 32·7° gefunden hatte. Zum Teil liegt das an der Kleidung; denn Weglassen der Gummihülle erniedrigt die Windeltemperatur (Differenz bis 1°), der Hauptgrund ist aber darin zu suchen, daß der kindliche Organismus mehr Wärme erzeugt und daher mehr Wärme abgibt.

Sie fanden weiter, daß beim ernährungsgestörten Kinde die Kurve der Windeltemperatur stärkere Ausschläge zeigt als die Kurve der Aftertemperatur, und sie konnten beobachten, wie im Sommer 1910 auf dem Kinderkrankensaal ihrer Abteilung Steigerungen der Temperatur (bis 25°, 26·5°, 25·5 um 9 Uhr abends) gleichzeitig von 5 Kindern, die sich in der Reparation nach Ernährungsstörungen befanden, mit Erscheinungen einer abnormen Wärmeregulation, Bilanzstörung, Dyspepsie oder gar einer Dekomposition beantwortet wurden, Erscheinungen, die am stärksten bei der dritten Temperatursteigerung ausgesprochen waren. (Wie viel Säuglinge auf dem Saale lagen, ist nicht angegeben. Über die Ernährung erfährt man nur, daß zwei von diesen Kindern während der ganzen Dauer der Beobachtung lediglich Ammenmilch erhielten.)

Zur selben Zeit wurden 4 Säuglinge mit Hitzschlag eingeliefert. Eine andere Erklärung war für die Temperatur, die sich zwischen 40·4° und 42·2° bewegte, nicht zu finden. 2 gingen am dritten, 2 am vierten Krankheitstage zugrunde. Bei einem der letzteren übten kühle Umschläge und Rektumspülungen einen günstigen Einfluß aus. Alle vier waren künstlich ernährt worden, drei erkrankten scheinbar aus voller Gesundheit, einer hatte schon 2 Monate schleimigen gelbgrünen Stuhl. Die Enteritis follicularis, welche die Sektion bei ihm feststellte, fand sich auch bei 2 der anderen, in einem Falle wurde die Sektion nicht gestattet. Klinisch traten Magendarmerscheinungen

wenig hervor. Die Verff. nehmen an, daß alle vier zunächst eine Ernährungsstörung hatten, aus dieser resultierte eine Störung der Wärmeregulation, die beim Einsetzen hoher Temperaturen zur Wärmestauung, zum Hitzschlag führte.

Endlich untersuchten die Verff. bei 20 an den verschiedensten Formen der Ernährungsstörung gestorbenen Säuglingen das Herzblut und fanden 10 mal eine bakterielle Infektion, aber 7 verschiedene Bakterienarten.

Die prophylaktischen Maßnahmen, welche die Verff. aus ihrer Anschauung entwickeln, sind von dem Gedanken beherrscht, daß die Hitze als Krankheitsursache mit berücksichtigt werden muß. Sie glauben, „daß ein erheblicher Nutzen zutage treten könnte, wenn Pädiater und Hygieniker ihre nächste Aufgabe in dieser Frage darin sehen würden, die Sommersterblichkeit der Säuglinge gewissermaßen mit dem Thermometer zu bekämpfen".

Hohlfeld (Leipzig).

Ad. Czerny. *Über die Bedeutung der Inanition bei Ernährungsstörungen der Säuglinge.* (Bei Karl Marhold. Halle a. S., 1911.)

Der Inhalt der Arbeit wird in folgenden Sätzen zusammengefaßt:

„1. Säuglinge können sowohl vollständige als partielle Inanition längere Zeit hindurch ohne sichtbaren Schaden ertragen.

2. Die Gefahr des Inanitionstodes tritt bei langsamer Abnahme bei einem Verlust von etwa einem Drittel des Körpergewichtes, bei schneller Abnahme früher, und zwar desto eher ein, je rapider das Körpergewicht abnimmt.

3. Therapeutisch eingeleitete Inanition ist nur dann von Gefahren begleitet, wenn sie bei einem Kinde versucht wird, welches bereits schwere Körpergewichtsverluste erlitten hat oder durch einen wochenlang anhaltenden Mangel wichtiger Bestandteile in der Nahrung geschädigt worden ist.

4. Viele Säuglinge erliegen während des Bestandes von Infekten nicht unmittelbar diesen, sondern der sie begleitenden Inanition aus inneren Ursachen (d. h. Störungen der Verdauungsvorgänge und der Stoffwechsels, welche eine ungenügende Ausnutzung einer an sich ausreichenden Nahrung zur Folge haben)." Hohlfeld (Leipzig).

Hand. *Intestinal antiseptics in childhood.* (Darmantiseptika im Kindesalter.) (Arch. of Pediatrics, Februar 1912.)

Verf. warnt speziell vor der Verwendung des Kalomels, da er es als Reizmittel betrachtet; obenan würde er das Bismut. salicyl. stellen. Wachenheim.

Mac. Crudden. *Chemical studies on intestina linfantilism.* (Chemische Untersuchungen über intestinalen Infantilismus.) (Journ. Experim. Med., Februar 1912.)

In 3 Fällen fand Verf. unregelmäßige Kreatininausscheidung und einen niedrigen Kreatininkoeffizient. Kreatinin erscheint im Harne

auch bei kreatininfreier Diät, war aber niedriger bei fettreicher als bei kohlenhydratreicher Diät. Auch die endogene Harnsäureausscheidung war bedeutenden Schwankungen unterworfen. Wachenheim.

C. Aviragnet, L. Bloch-Michel et **H. Dorlencourt.** *Le lait sec dans l'alimentation des nourrissons.* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 78.)

Die Verff. bedienten sich bei ihren Versuchen zweier Präparate getrockneter Milch. Die Herstellung erfolgte fabrikmäßig entweder im Vakuum bei 95° C oder durch Trocknung bei 100 bis 110° C. In jedem Falle war bei dem von den Verff. verwandten Präparat der Fettgehalt um die Hälfte vermindert. Sie hatten ausgezeichnete Erfolge bei leichten und schweren Ernährungsstörungen an der Brust, indem sie die getrocknete Milch im Allaitement mixte mit Frauenmilch verwandten. Diese Beobachtungen umfassen die meisten der mitgeteilten Fälle. Aber auch bei künstlich ernährten Säuglingen hatten sie gute Resultate bei Fällen schweren Erbrechens, bei atrophischen Säuglingen mit Exsikkation, bei akuten Magen- und Darmkatarrhen und dysenterieformen Enterocoliten. Schädigungen wurden nie beobachtet. Das Erbrechen stand meist sofort, die Stühle wurden normal, das Fieber und die Intoxikationserscheinungen schwanden schnell und nach ganz wenigen Tagen stellten sich sehr gute Gewichtszunahmen ein. Die Rückkehr zur normalen Milch gelang meist leicht. In einigen Fällen mußte das Regime mit getrockneter Milch jedoch durch Monate — in einem 8 Monate lang — fortgesetzt werden. Der Gefahr der Barlowschen Krankheit wurde durch Verabreichung frischer Fruchtsäfte begegnet. Die Verff. glauben, daß durch den Trocknungsprozeß — abgesehen vom Wasser — nur im Eiweiß der getrockneten Milch Veränderungen entstehen, und zwar solche, die für den Ablauf der Verdauung und für die Beeinflussung des Krankheitsprozesses günstig seien. Die vorliegenden Beobachtungen deutscher Autoren, die sich bekanntlich über die getrocknete Milch nicht so günstig aussprechen, werden nicht erwähnt. R. Weigert (Breslau).

Schorer. *Bacterial count and acidity determination of the different grades of milk, etc.* (Bakterienzählung und Aziditätsbestimmung verschiedener Milchsorten.) (Arch. of Pediatrics, März 1912.)

Die beste Marktmilch ist die sogenannte bescheinigte und enthält 600 bis 50.000 Bakterien pro Kubikzentimeter. Die sogenannte inspizierte Milch hat etwa den doppelten Gehalt, und die gewöhnliche pasteurisierte kann über eine Million Bakterien enthalten. In bezug auf den Säuregehalt sind dagegen die Unterschiede gering. Die Beobachtungen des Verf. beziehen sich auf Boston. Wachenheim.

M. Klotz (Straßburg). *Untersuchungen über den Kohlehydratstoffwechsel.* (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm., LXVII, S. 451—480.)

I. Der differente Abbau von Weizen- und Hafermehl beim Phlorizinhund. Eingehende Kritik der Versuche von Baum-

garten und Grund, welche die Differenz von Hafer und Weizen nicht gelten lassen wollen. Neue Beweise für die Tatsächlichkeit einer derartigen Differenz werden erbracht und auf Fehlerquellen der experimentellen Methodik beim Phlorizinhund hingewiesen. Die ausschlaggebende Bedeutung der Darmflora für den Ausfall der Versuche wird erläutert und die hierdurch beschränkte Kompetenz der Rosenfeldschen Versuchsanordnung für das Studium des Mehlabbaus zugegeben.

II. Biochemie der Getreidemehle.

Die Lehre von der biochemischen Differenz der beiden Amylazeen Hafer und Weizen ist bereits so weit ausgebaut, daß man sich gar nicht mehr auf den Ausfall der Versuche am Phlorizinhund zu stützen braucht. Zum Beweis hierfür stellt der Verf. die gesamten Angaben der Literatur über die chemische Differenz, über den Abbau innerhalb und außerhalb des Organismus, über das differente Verhalten gegenüber Enzymen und Bakterien zusammen.

Es ist demnach eine irrige Auffassung, Hafer und Weizen als identisch bezeichnen zu wollen.

III. Über die Wirkungsweise von Kohlehydratkuren.

Ob der Diabetiker ein ihm in Form von Kohlehydratkuren angebotenes Kohlehydrat verwerten kann, hängt im letzten Grunde vom Zustande seiner Darmflora ab. Verfügt er über gärungskräftige Darmmikroben, dann vergären dieselben das Kohlehydrat, so daß es nicht als Hexose, sondern als aufgespaltene Hexose (vermutlich Kohlehydratsäure) resorbiert wird. Wichtig ist die Abwesenheit von Fleisch, denn Fleisch behindert die Gärung. Ferner ist eine gewisse präliminäre Aufschließung des verabfolgten Kohlehydrates wünschenswert, damit Enzymen und Bakterien der Angriff auf das Stärkemolekül erleichtert wird. Auch die Beigabe von katalytisch wirkenden Salzen, insonderheit von Kalium- oder Kalziumphosphat oder Kalziumlaktat, befördert die Vergärung.

Am Beispiel der Kartoffelstärke zeigt Verf., daß der enterale Abbau eines Kohlehydrates keine starre Größe ist, sondern abhängt von dem Milieu, welches er im Darme antrifft.

Im allgemeinen dürfte der bei gemischter Kost lebende Mensch die Mehle hepatisch verwerten, d. h. als Hexosen. Sobald sich aber eine Reihe von Momenten vereint (ausgeprägte saccharolytische Darmflora, Abwesenheit von Fleischeiweiß in der Kost, vorherige Aufschließung des verabreichten Kohlehydrates, Anwesenheit von Katalysatoren), dann wird der Mehlabbau auf den anhepatischen Weg geleitet, d. h. die Aufspaltung des Kohlehydrates im Darme geht über die Zuckerstufe hinaus. Diese Labilität des Mehlabbaus ist für den Diabetiker von höchster Bedeutung und erklärt die Heilerfolge aller Kohlehydratkuren. Klotz (Straßburg).

Klotz (Straßburg). *Über den differenten peptischen Abbau von Weizen und Hafer.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1912, II, S. 29—37.)

Während bisher alle einschlägigen Untersuchungen darin übereinstimmten, daß Hafermehl — allgemein gesprochen — leichter und

schneller abgebaut wird als Weizenmehl, ergab sich aus Versuchen über peptischen und tryptischen Abbau Entgegengesetztes. Dieses auffallende, allen bisherigen Erfahrungen widersprechende Resultat fand seine Erklärung, als statt der genuinen Mehle die entsprechenden Stärken verwendet wurden. Nunmehr folgte auch der proteolytische und tryptische Abbau dem Gesetz der leichteren Aufspaltungsfähigkeit von Hafer gegenüber Weizen.

Verf. sieht in diesem Verhalten einen Beweis dafür, daß die Spezifizität der Getreidemehle an ihr Stärkekohlehydrat geknüpft ist.

Klotz (Straßburg).

Courtney, *The hard or casein curds in infants stools.* (Die harten Kaseingerinnsel im Säuglingsstuhle.) (Amer. Journ. Dis. Children, Januar 1912.)

Die Kaseingerinnsel können auch bei der Verwendung gekochter Milch vorkommen. Sie haben keine pathologische Bedeutung und der entsprechende Nahrungsverlust ist belanglos: sie sind darum bei der Anpassung der Diät nicht speziell zu beachten, obgleich sie vielleicht mit fehlerhafter Ausnutzung in Zusammenhang stehen. Verf. scheint bei den Fütterungsversuchen nicht die Mischungen mit Zerealiendekokten verbunden zu haben; es ist aber bewiesen, daß ohne dieselben die Kaseingerinnung großklumpig erfolgt. Auf dieses ätiologische Moment wird in der vorliegenden Arbeit keine Rücksicht genommen.

Wachenheim.

Hoobler. *Mineral salts and their relation to the dietary of infants and young children.* (Verhältnis der Mineralsalze zur Kinderdiät.) (Arch. of Pediatrics, März 1912.)

Verf. gibt ausführliche Tabellen über den Gehalt an den verschiedenen Mineralsalzen der gewöhnlichen Nahrungsmittel. Demnach können Substanzen, wie Eisen, Phosphor, Kalzium, Schwefel usw. in beliebiger Dosierung dargereicht werden. Mit der Assimilierung dieser Körper steht die Sache freilich weniger einfach. Verf. geht aber darauf nicht näher ein.

Wachenheim.

Schlutz. *A study of the pyrogenic action of lactose.* (Untersuchung über die pyrogene Wirkung des Milchzuckers.) (Amer. Journ. Dis. Children, Februar 1912.)

Der Milchzucker hat normal weder bei intravenöser, noch bei subkutaner oder innerer Darreichung irgend welchen Einfluß auf die Körpertemperatur. Ist aber der Darmkanal erkrankt, so kann man mittelst der letzten zwei Einführungsmethoden eine Temperatursteigerung erzielen, wenn man den Milchzucker mit einer Natriumsalzlösung verbindet, doch ist die Wirkung auch unter diesen Bedingungen geringfügig, kaum 0·5° C. Die beobachtete Pyrexie bei Milchzuckerintoxikation findet durch die erwähnten Experimente keine Erklärung, und die eventuelle Ursache des Intoxikationsfiebers bei Ernährungsstörungen bedarf weiterer Forschung nach anderen Richtungen.

Wachenheim.

Gewin. *Über Malztropon.* (Nederl. Tydschr. v. Geneeskunde 1912, Bd. I, S. 282.)

Zur Beurteilung des Wertes des Malztropons als Laktagogon wurde das Mittel bei 42 stillenden Frauen versucht, von welchen wegen verschiedener Gründe nur 19 Fälle verwertet werden konnten.

Es wechselten, bei derselben stillenden Frau, mehrere Perioden, in welchen das Mittel verabreicht wurde, mit anderen, in welchen es ausgesetzt wurde. In der Malztroponperiode, während welcher täglich 2 Dessertlöffel gegeben wurden, konnte ziemlich konstant eine Körpergewichtszunahme des betreffenden Säuglings konstatiert werden, welche auch noch, nach Aussetzen des Mittels, einige Tage anhielt. In 17 der 19 Fälle war der Erfolg ein günstiger, Ref. ist, trotz dieses Resultates, von dem Werte des Malztropons als Laktagonon nicht überzeugt worden. Graanboom.

Nicholson. *Treatment of melena neonatorum by human blood-serum.* (Behandlung von Melaena neonatorum mit menschlichen Blutserum.) (Therap. Gazette, Februar 1912.)

Beide Mitteilungen betreffen einen Fall, bei dem als ultimum refugium diese Behandlungsmethode versucht wurde. Mehrere Einspritzungen von 6 bis 20 cm^3 wurden gemacht, auch zweimal täglich, wobei des Vaters Blut verwendet wurde. Schon nach 5 Tagen war der Stuhl blutfrei, und ein am vierten Tage erschienenes Kephalhämatom war bald darauf im Schwinden begriffen.

Wachenheim.

Bunts. *Infantile hypertrophic stenosis of the pylorus etc.* (Hypertrophische Pylorusstenose.) (Amer. Journ. Med. Sciences, Januar 1912.)

Bericht über 7 Fälle, mit guten Abbildungen. Gastroenterostomie war bei 4 erfolgreich, bei den 3 übrigen ohne Erfolg.

Wachenheim.

Schwarz and **Bass.** *The calcium metabolism in infantile tetany.* (Der Kalkumsatz bei Tetanie.) (Amer. Journ. Dis. Children, Januar 1912.)

Nach sorgfältiger Untersuchung und längerer Beobachtung eines Falles von Tetanie erkennen Verff. die Schwierigkeit des Problems, erstens weil die normalen Verhältnisse noch unbekannt sind, zweitens weil eine wirkliche Kalkherabsetzung bei diesem Falle nicht konstatiert werden konnte. Mit der Besserung der Tetanie schien die Kalkretention sich zu bessern, wie beim Falle von Cybulski.

Wachenheim.

H. Pfeiffer und **O. Albrecht.** *Zur Kenntnis der Harntoxizität des Menschen bei verschiedenen Krankheitszuständen.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 15.)

Untersuchungen mittels der H. Pfeifferschen Temperaturreaktion an Meerschweinchen bei verschiedenen Erkrankungen.

Von pädiatrischem Interesse sind insbesondere die Befunde bei (fieberhaften) Infektionskrankheiten; bei Pneumonie, akutem Gelenkrheumatismus, Mumps, Erythema multiforme, Lungentuberkulose erwies sich die Harngiftigkeit weit über die Norm gesteigert. Die Verff. sehen in diesen Ergebnissen eine Stütze der Anschauungen Friedbergers, daß beim Zustandekommen des infektiösen Fiebers anaphylaktische Prozesse mitbeteiligt sind. In einem Falle von Chorea war die Harntoxität enorm gesteigert, in Fällen chronischer Nephritis unter die Norm vermindert. Reuß (Wien).

M. Weiß und **B. Smieciuszewski.** *Das Urorosein und seine klinische Bedeutung.* (Wiener klin. Wochenschr., 1911, Nr. 52.)

Die Untersuchungen, welche in erster Linie für die Karzinomdiagnose nach einer von den Verff. ausgearbeiteten einfachen quantitativen Methode ausgeführt wurden, ergaben, daß das im normalen Harn als Chromogen in Spuren vorhandene, bei Karzinomen des Digestionstraktes vermehrte Urorosein sich auch bei anderen Erkrankungen in vermehrter Menge nachweisen läßt, in der Rekonvaleszenz nach Pneumonie, in der 4. Woche des Typhus abdominalis, insbesondere bei Stenosen des Darmes, welche infolge Stagnation des Darminhaltes zu gesteigerter Fäulnis Veranlassung geben, bei Volvulus, Tuberculosis peritonei, Appendizitis. Reuß (Wien).

Klinik der Kinderkrankheiten.

Oseki. *Über makroskopisch latente Meningitis und Enzephalitis bei akuten Infektionskrankheiten.* (Inst. Chiari, Straßburg.) (Beitr. z. pathol. An. u. allg. Pathol., 1912, Bd. LII, S. 540.)

Verf. hat bei einer Anzahl von Patienten (darunter viele Kinder), die an verschiedenen akuten Infektionskrankheiten gestorben waren und bei denen klinisch der Verdacht auf Meningitis oder Meningismus bestanden hatte, das Zentralnervensystem histologisch untersucht; makroskopisch waren entweder das Hirn und seine Häute normal, oder es fand sich geringes Ödem und Hyperämie, mikroskopisch aber fanden sich konstant entzündliche Veränderungen an den Meningen. Auch wenn bei akuten Infektionskrankheiten meningitische Symptome nicht zu konstatieren waren, so gelingt es doch häufig, anatomisch entzündliche Veränderungen nachzuweisen.

Lehndorf (Wien).

Haynes. *The prevention of the commoner contagious diseases of infancy and childhood.* (Die Verhütung der Infektionskrankheiten des Kindesalters.) (Arch. of Pediatrics, April 1912.)

Auch Haynes betont die große Rolle der Kontaktinfektion, so in der Schule, und die Gefährlichkeit der Bazillenträger.

Wachenheim.

Hodges. *Contact infection in contagious diseases.* (Berührungsinfektion bei ansteckenden Krankheiten.) (Arch. of Pediatrics, April 1912.)

Verf. meint, daß die Beweise klar vorliegen, daß alle anderen Übertragungsmethoden gegenüber dem aktuellen Kontakt mit Kranken oder Bazillenträgern weit zurückstehen. Durch strenge Einschärfung des Gebotes der Händedesinfizierung ist das Zusammenbringen von Infektionskranken und anderen Patienten in einem Krankensaale so gut wie gefahrlos; es wird auch gegenwärtig dies Verfahren unter gewissen Kautelen unter der erwähnten Bedingung der Händereinigung in mehreren Krankenhäusern ausgeführt. Sogar bei Masern und Scharlachfieber scheint Übertragung in der Luft eine unbedeutende Rolle zu spielen. Wachenheim.

M. Mitra. (Kinderklinik, Palermo). *Azione emolitica di alcuni streptococchi isolati in casi di scarlattina.* (Hämolytische Wirkung einiger in Scharlachfällen isolierter Streptokokken.) (La Pediatria, Nr. 8, 1912.)

Die Resultate verschiedener Reihen experimenteller Untersuchungen zusammenfassend, behauptet Verf., daß aus Scharlachprodukten Streptokokken mit untereinander verschiedenen biologischen Eigenschaften isoliert werden können, was zur Annahme führen muß, daß der Streptokock hier nur einen je nach seinen biologischen Eigenschaften von Fall zu Fall verschiedenen, zufälligen Keim darstellt.

Dies spricht natürlich für die weitere Annahme, daß die Streptokokken keine spezifische Scharlachkeime sind, sondern erst in dem durch den Scharlachprozeß vorbereiteten Boden ein gewisses hämolysierendes Vermögen gewinnen.

In dieser Hinsicht ist zu betonen, daß uns wohl der in dieser Krankheit eine große Anzahl Komplikationen hervorrufende Keim bekannt ist, daß uns aber bis heutzutage das spezifische Agens völlig im Dunklen bleibt. Dotti (Florenz.)

Michael. *Rumpell-Leede phenomenon of scarlet fever.* (Das Rumpell-Leede'sche Phänomen bei Scharlachfieber.) (Arch. of Pediatrics, April 1912.)

Diese Arbeit bezieht sich auf die zuerst von Rumpell gemachte Beobachtung, daß beim Scharlachfieber ein Bierscher Verband am Arme Blutungen in der Ellbogenhaut verursacht. Die darauf erfolgte Nachprobe von Leede spricht gegen die Verwertbarkeit dieses Phänomens. Michael macht den Versuch mit scharlachkranken und scharlachfreien Kindern und fand, daß ein 10 Minuten langer Druck von 60 mm mittels des Riva-Rocciapparates bei beiden Gruppen Blutungen verursachte, wenngleich bei der letzteren in viel geringerem Grade. Bei höherem Druck kann bei allen Kindern dieses Phänomen nachgewiesen werden. Der diagnostische Wert dieser Probe ist allenfalls höchstens relativ und sie ist individuell so starken Variationen unterworfen, daß sie kaum als brauchbar zu betrachten ist. Wachenheim.

Woody and **Kolmer.** *The diazo reaction in scarlet fever and serum sickness.* (Die Diazoreaktion bei Scharlachfieber und Serumkrankheit.) (Arch. of Pediatrics, Januar 1912.)

In der ersten Woche des Scharlachfiebers fällt die Reaktion in etwa 17% der Fälle positiv aus, bei der Serumkrankheit ist das Ergebnis etwa 11%, die Reaktion fehlt aber bei den morbilliformen Ausschlägen, soweit die recht kleine Statistik reicht. Anderseits fällt die Reaktion bei Masern in drei Vierteln der Fälle positiv aus, so daß sie bei der Differentialdiagnose zwischen Masern und ähnlichen Ausschlägen eventuell wertvoll sein möchte. Wachenheim.

E. Koerber (Hamburg). *Über die Eukalyptusbehandlung des Scharlachs.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 11.)

Milne (London) pinselt die Scharlachkranken vom Kopf bis zu den Füßen mit Eukalyptusöl ein, und zwar anfangs 2 mal täglich, später nur 1 mal. Gleichzeitig werden in den ersten 2 Tagen die Tonsillen mit 10%igem Karbolöl bestrichen. Milne läßt auf Grund seiner Erfahrungen die Scharlachkinder zwischen anderen nicht skarlatinösen liegen und behauptet durch seine Methode den Scharlachverlauf abzukürzen, günstiger zu gestalten und die Infektiosität völlig aufzuheben.

Der letzte Punkt besteht nun nach Koerber keineswegs zu Recht. Klinisch scheint sich ein Teil der Komplikationen des Scharlachs bei Eukalyptusbehandlung seltener einzustellen (Endokarditis, Otitis, Nephritis, Lymphadenitis). Dagegen waren die Gelenkerkrankungen häufiger. Also wohl nur Zufallsresultate.

Auch an der Straßburger Kinderklinik erwiesen sich die Milneschen Angaben als zu weitgehend und der Wert der Eukalyptusbehandlung als überschätzt. Klotz (Straßburg).

F. Terrien. *Paralysie des deux droits externes d'origine diphtérique. (Traitement par la sérothérapie. Guérison.)* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 49.)

Sechs Wochen nach einer Diphterie trat kurz nach einer Gaumensegellähmung eine beiderseitige Lähmung der Musc. recti externi auf. Letzteres ist im Vergleich zur Akkommodationslähmung ein relativ seltenes Vorkommnis. Die Lähmung verschwand nach längerem Bestehen plötzlich zwei Tage nach der auf einmal erfolgten Injektion von 40 cm^3 Diphtherieserum. R. Weigert (Breslau).

Kolmer. *Diphtheroid bacilli of the penis.* (Diphteroide Bazillen des Penis.) (Arch. of Pediatrics, Februar 1912.)

Diese pseudodiphtherischen Bazillen sind bei der Differentialdiagnose von Bedeutung, indem genuine Penisdiphtherie nicht allzu selten ist; Verf. berichtet über zwei Fälle nach der Beschneidung (nicht Ritualzirkumzision). Die Entscheidung kann eventuell nur durch Kulturen gemacht werden. Wachenheim.

C. Goedhart. *Chronische Vulvo-vaginitis bei jungen Mädchen.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1911, Bd. II, S. 1117.)

Die Hartnäckigkeit, mit welcher die chronische gonorrhoische Vulvo-vaginitis der Kinder der Behandlung widersteht, erregt die Vermutung, daß bei dieser Erkrankung der Infektionsherd der gebräuchlichen lokalen Therapie nicht zugänglich ist.

Von Selim Birger wurde damals behauptet, daß das Rektum die okkulte Stelle sei, von wo aus jedesmal die Geschlechtsteile infiziert werden. Goedhart hat nun die an Vulvo-vaginitis leidenden Kinder auf eventuell vorhandene Rektalgonorrhoe untersucht, aber er fand sie in keinem seiner Fälle.

Auf Grund nun der Erfahrung, daß im Anschluß an Vulvo-vaginitis gonorrhoica bei jungen Mädchen Parametritis, Pyosalpinx und Peritonitis auftreten können, hielt Goedhart es für wahrscheinlich, daß die gonorrhoische Vulvo-vaginitis durch eine Cervicitis gonorrhoica unterhalten wird, und stellte darauf bezügliche Untersuchungen an.

Zu diesem Zwecke wurde, nach gründlicher Reinigung von Vulva und Vagina, ein kleines Spekulum eingeführt, die Portio eingestellt, diese mit 1% Sublimat haltenden Wattebäuschen getrocknet und dann die aus dem Zervikalkanal hervortretenden Eitertropfen auf Gonokokken untersucht.

In 7 von den 18 untersuchten Fällen war der Befund positiv. Goedhart empfiehlt nun für eine gründliche Heilung der Vulvovaginitis gonorrhoica, die Zervizitis zu behandeln, sobald Gonokokken im Zervikalschleim konstatiert sind.

Diese Behandlung besteht darin, daß 2mal wöchentlich, unter den notwendigen Kautelen, mittels einer Injektionskanüle von Kollmann, einzelne Tropfen einer 10%igen Protargollösung in die Zervix getropft werden und daß zugleich täglich die Vagina mit einer 1%igen Protargollösung irrigiert wird.

Bei 5 von 7 auf diese Weise behandelten Kindern war der Erfolg ein günstiger, während 2 Kinder noch unter Behandlung standen.

Ref. möchte diese, nach seiner Meinung für junge Mädchen nicht ungefährliche lokale gynäkologische Behandlung nicht empfehlen. Graanboom.

S. Zarchi. *Beiträge zur Kasuistik des Abdominaltyphus im Kindesalter.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 18/19.)

Beobachtungen anläßlich einer Typhusepidemie in Freiburg. Das größte Kontigent stellte das Kindesalter (1 bis 15 Jahre) Mortalität 10% (gegen 25% bei Erwachsenen). Darmblutungen in 38%. Initiale Bronchitis bei allen Kindern. Roseolen fehlten nur in einem Fall. Milz stets palpabel. Fieber in der Mehrzahl der Fälle 40° übersteigend. Widal in allen Fällen positiv. Schwere nervöse Symptome in 30%, Komplikationen rel. leicht und selten. Reuß (Wien).

Graham. *The treatment of pertussis with vaccine.* (Die Vakzinebehandlung des Keuchhustens.) (Amer. Journ. Dis. Children, Januar 1912.)

Verf. verwendete eine vom Bordetschen Bazillus bereitete Vakzine und behandelte 24 Fälle. In bezug auf Dosierung gab man zuerst 20,000.000 Bazillen, später 40,000.000 und Verf. meint, daß man, wenigstens bei schweren Fällen, mit 100,000.000 beginnen dürfte. Daß die Resultate der Behandlung nicht besonders auffallend waren, schreibt Verf. der geringen Dosierung zu; etwa ein Drittel war ziemlich unbeeinflußt, bei zwei Dritteln schien die Krankheit gelinder und schneller zu verlaufen. Wachenheim.

King. *The prophylaxis of cerebrospinal meningitis.* (Die Prophylaxe der Zerebrospinalmeningitis). (Journ. Amer. Med. Assoc., 10. Februar 1912.)

Verf. widmet den Bazillenträgern spezielle Aufmerksamkeit und meint, daß diese die Hauptherde der Infektion bilden. Während einer Epidemie würde demnach eine wichtige prophylaktische Maßregel in der Desinfektion der oberen Luftwege auch scheinbar gesunder Individuen, namentlich der Kinder, bestehen. Wachenheim.

H. Zade-Immigrath. *Ein Beitrag zur Polymorphie der Parotitis epidemica mit besonderer Berücksichtigung sekundärer Menigitiden.* (Arch. f. Kinderheilk., LVII, 4—6, 1912.)

Gelegentlich einer Epidemie beobachtete der Autor einen ungewöhnlichen Fall bei einem zwölfjährigen neuropathisch belasteten Knaben.

Derselbe erkrankte unter dem Bilde eines akuten appendizitischen Anfalls mit Angina. Dann trat bei hoher Temperatur und verlangsamtem Puls — eine rechtseitige Parotitis auf. Immer intensiver werdende Kopfschmerzen gesellten sich hinzu, ferner allgemeine Hyperästhesie, Nackensteifigkeit, Kernig, Somnolenz, Pupillenträgheit. Innerhalb von 10 Tagen waren die meningitischen Erscheinungen abgeklungen und der Knabe bis auf ein „kindisches" und „albernes" Benehmen, welches ihm vor der Erkrankung nicht eigen war, genesen.

Verf. lehnt es ab, das ganze Syndrom als Sepsis aufzufassen und die appendizitischen, parotitischen und meningealen Erscheinungen als sekundäre septische Manifestationen anzusprechen. Er deutet vielmehr unter Berücksichtigung der einschlägigen Kasuistik die Erkrankung als postparotitische Meningitis.

Nach Comby soll bei Parotitis epidemica nur dann eine komplizierende Meningitis zu erwarten sein, wenn zugleich eine Hodenentzündung auftritt. Das trifft nach Zade für viele Fälle zu, aber nicht für alle. (Im vorliegenden Falle klagte der Kranke über Ziehen und Stechen im Hoden.) Nach Schoßmüller handelt es sich bei der komplizierenden Meningitis stets um die seröse Form, jedoch fast immer mit enzephalitischen Reizsymptomen: enzephalitische Herde durch injektiöse Embolie kleinster Gefäße.

Mag auch die sekundäre Meningitis nach Mumps selten sein, so sollte man doch gesunde Kinder nicht unnötig der Möglichkeit einer Infektion aussetzen. Klotz (Straßburg).

A. Lorey (Hamburg-Eppendorf). *Über die Endocarditis lenta und die akute, durch den Streptococcus vir. hervorgerufene Endocarditis.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 18.)

Die Endocarditis lenta findet sich fast immer bei Patienten, die mehrfache Attacken von Gelenkrheumatismus erlitten und ein Vitium cordis davon zurückbehalten haben, das zeitweilig keine Beschwerden zu machen braucht. Charakteristisch ist das gedunsene, anämische, subikterische Aussehen. Dieser äußere Adspektus, dazu die Anamnese, ferner dauerndes Fieber zwischen 38 und 39°, Tachykardie, Dyspnoe, Cyanose, Milztumor legen die Diagnose Endocarditis lenta nahe. Der Nachweis des Viridans im Blut sichert die Diagnose. Die Injektion mit dem Schoßmüllerschen Streptokokkus kann auf dem Wege aller Schleimhäute, auch von denen des weiblichen Genitaltraktus aus, geschehen. Wichtige Komplikationen beziehungsweise Folgeerscheinungen sind später multiple Infarkte in Milz, Nieren, Lungen und Gehirn, die niemals vereitern. Ferner kommt es durch Ansiedelung der Keime in den Gefäßwänden und Zerstörung des Endothels zu falschen Aneurysmen, die bersten können.

Lorey beobachtete nun aber auch Fälle von akuter Endokarditis, die unter septischem Bilde verliefen und ebenfalls dem Viridans zuzuschreiben waren. Erst am Tage vor dem Tode gelang jedoch der Streptokokkennachweis im Blut. Das darf aber nicht stutzig machen, denn einerseits wissen wir bereits von der Endocarditis lenta her, daß öfter die Blutproben sich steril erweisen, anderseits schließt ein anfänglich fehlendes Geräusch am Herzen nicht aus, daß schon massenhafte Auflagerungen an den Klappen vorhanden sein können, wie z. B. bei Pneumokokkenendokarditis.

Lorey empfiehlt ferner Versuche mit Salvarsan bei septischer Endokarditis auf Grund eines auffallend günstig beeinflußten Falles. Die sonst absolut infauste Prognose rechtfertigt diesen Therapieversuch. Klotz (Straßburg).

P. Roethlisberger (Genf). *Neues über Untersuchung und Behandlung gewisser mit Polyarthritis kausal verknüpfter Tonsilliten.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 8.)

Verf. ist von Beziehungen des akuten und chronischen Gelenkrheumatismus zu den Tonsillen überzeugt und glaubt durch die Behandlung der chronisch desquamierenden Tonsillitis auch die Polyarthritis beeinflussen zu können. Die Inspektion allein genügt nicht, auch nicht Sondierung, sondern manuell muß jede Mandel abgetastet und, wenn sie sich als vergrößert darstellt, „massiert" werden. Dadurch werden die Pfröpfe allmählich entfernt und die Volumvergrößerung der Mandeln geht erheblich — oft bis auf Linsen-

größe — zurück. Erst wenn die digitale Behandlung erfolglos ist, oder bei Aufdeckung von Abszessen soll der Chirurg eingreifen.

Klotz (Straßburg).

Arbeiter. *Untersuchungen nach der Häufigkeit der primären Darmtuberkulose.* (Nederl. Tydschr. v. Geneeskunde 1912, S. 428.)

Das Kapitel der primären Darm- und Mesenterialtuberkulose hat in den letzten Jahren bei den Tuberkuloseforschern lebhaftes Interesse erregt. Hat doch Koch, gestützt auf die damals (1901) allgemein angenommene Seltenheit (2 bis 4% der Tuberkulosefälle) bei den Menschen, die Meinung ausgesprochen, daß die Rindertuberkulose für den Menschen sehr wenig infektiös sei, und daß der bovine Tuberkelbazill streng zu trennen sei von der humanen Form.

Die Statistiken aber von Heller, Nebelthau, Wagener, Lubarsch und anderen (alles erschienen nach 1901) kamen aber zu entgegengesetzten Schlüssen, aus welchen gerade die relative Häufigkeit der Darmtuberkulose (bei denen also der Darm Eintrittspforte der Tuberkelbazillen ist) hervorgehen sollte.

Arbeiter hat nun, angeregt durch die bestehende Kontroverse, die Häufigkeit ihres Vorkommens an den Sektionsprotokollen des Rotterdamer Krankenhauses studiert. Obgleich das Material (794 Fälle) nicht sehr groß erscheint, hat es doch in Casu besonderen Wert, weil alle Sektionen von demselben Obduzenten (Josselin de Jong) ausgeführt wurden. Bei diesem Materiale wurden 211 Fälle von Tuberkulose festgestellt und von diesen konnten 32 Fälle primärer Darmtuberkulose konstatiert werden. Die Zahl der Darmtuberkulose betrug also 4% der gesamten Obduktionen und 15% der Tuberkuloseleichen.

Zur primären Darmtuberkulose wurden nur die Fälle gerechnet, wo die Tuberkulose beschränkt war auf Darm- und Mesenterialdrüsen, und also nirgendwo sonst tuberkulöse Herde sich fanden. In 50 Fällen war Darmtuberkulose von Lungentuberkulose begleitet, so daß im ganzen bei den 211 Tuberkulosen der Darm 82 mal in Mitleidenschaft gezogen war.

Arbeiter weist nun daraufhin, daß von diesen 50 Fällen bei mehreren der Darm die Eintrittspforte des Virus gewesen sein kann und daß also die Zahl der Fälle von Darmtuberkulose größer als angenommen sein wird. Arbeiter fand weiter daß die Häufigkeit sehr wechselt nach dem Lebensalter, und daß sie am größten war bei dem Kinde (1 bis 15 Jahre), 7% der Sektionsfälle und 23% der Tuberkulosefälle.

Im Alter von 0 bis 1 Jahr fand Arbeiter ebenso wie andere Autoren keinen einzigen Fall. Er erklärt diese merkwürdige Tatsache aus der großen Neigung zur Allgemeininfektion der Tuberkelbazillen im Säuglingsalter, so daß dieser, auch da, wo der Darm die Eintrittspforte ist, schnell zur Allgemeininfektion führt, bevor es zum lokalen Herde im Darm kommt.

Diese große Virulenz und Neigung zur Allgemeininfektion im frühen Kindesalter ergibt sich auch daraus, daß bei 26 Tuberkulose-

fällen im Alter von 1 bis 5 Jahren 25 mal die Tuberkulose auch Todesursache war (mit 22 Fällen von Miliartuberkulose). Arbeiter teilt dann auch die Meinung Geipels, daß im Säuglingsalter latente Tuberkulose nicht vorkommt.

Arbeiter konkludiert u. a.:

1. Die primäre Tuberkulose von Darm- und Mesenterialdrüsen im kindlichen Alter ist nicht so selten, wie von vielen behauptet wird.

2. Die große Seltenheit im Säuglingsalter muß erklärt werden aus der großen Virulenz und Neigung zur Allgemeininfektion der Tuberkelbazillen in diesem Lebensalter. Die Möglichkeit aber ist dadurch nicht ausgeschlossen, daß im Säuglingsalter der Darm öfter die Eintrittspforte für den Tuberkelbazill ist. Graanboom.

Manwaring. *Effects of subdural injections of leucocytes on development and course of experimental tuberculous meningitis.* (Einfluß von subduralen Leukocyteneinspritzungen auf Entwicklung der tuberkulosen Meningitis.) (Journ. Exper. Med., Januar 1912.)

Subdurale Einspritzung von für Kaninchen und Meerschweinchen virulenten Tuberkelbazillen erzeugt beim Hunde eine letal verlaufende tuberkulöse Meningitis. Wenn aber eine Suspension von Hundeleukocyten inokuliert wird, wird der Eintritt von Lähmungen sowie der Ausgang verzögert. Sind die Tuberkelbazillen bloß schwach virulent, so kann der Tod des Tieres monatelang (bisher schon 7 Monate) aufgeschoben werden, während bei Kontrolltieren Lähmung stets binnen 4 Wochen auftritt. Wachenheim.

H. Much. *Neue immunbiologische und klinische Tuberkulosestudien mit Berücksichtigung der Lepra.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 13.)

Ich sehe von einer Wiedergabe der Ansichten Muchs über die Lepra ab und möchte nur auf die, wenn auch stark hypothetischen, so doch auf ganz neuen Gesichtspunkten fußenden Tuberkuloseimmunitätsstudien hinweisen.

Die spezifischen Stoffe des Tuberkelbazillus zerfallen in 4 Gruppen: Eiweiß, Fettsäurelipoide, Neutralfett und „Gift". Die ersten 3 Stoffe kommen, wenn auch in anderer quantitativer Mischung, anderen verwandten Mikroorganismen zu; das Gift jedoch scheint spezifisch zu sein. Diese Gruppen stellen Partialantigene dar und erzeugen eigene Partialantikörper. Hinsichtlich der Immunitätserzielung sind die Partialantigene nicht gleichwertig. Gut immunisierte Tiere reagieren im Komplementbindungsversuch am stärksten gegen das Neutralfett, schwächer gegen die Lipoide und noch weniger stark gegen das Eiweiß. Die Antikörper sind nicht immer vereint im Blut nachweisbar, sondern häufig fehlt dieser oder jener Partialantikörper. Bei ungünstiger Prognose sind keinerlei Antikörper vorhanden, bei besseren Fällen dagegen besonders Neutralfettantikörper zu finden. Für die erfolgreiche Überwindung einer Tuberkuloseinjektion muß also die Summe der Partialantikörper im Körper vorhanden sein. Will man immunisieren, so muß man feststellen,

welche Antikörper dem Kranken fehlen, und den Organismus veranlassen, dieselben hervorzubringen, indem man ihn mit den Partialantigenen vakziniert. Die Partialantigene chemisch rein darzustellen, ist zu kostspielig. Man kann aber Tuberkelbazillen in organischen Säuren auflösen, wobei die spezifischen Substanzen ihre Reaktivität behalten, die ihnen beispielsweise durch Auflösung in Neurin verloren geht. Es wäre aber falsch gedacht, von der Einspritzung der Säure der Partialantigene in jedem Falle Erfolg zu erwarten, in der Annahme, der Organismus werde sich aus der Mischung das richtige Partialantigen heraussuchen und mit Antikörperbildung beantworten. Die Zuführung neuen Antigens kann die Antikörpermenge herabdrücken und Überempfindlichkeitserscheinungen auslösen. Klinische Erfahrungen haben gezeigt, daß u. a. die Einspritzung von bakteriellem Neutralfett bei Tuberkulose „äußerst schädliche Folgen" hat.

Eine sehr interessante Tatsache haben aber die Einspritzungen mit jenen Säureaufschließungen von Tuberkelbazillen gezeitigt, nämlich, gesunde Tiere durch Vorbehandlung mit ihnen überempfindlich gegen Tuberkulin zu machen. „Normale Tiere durch Impfung tuberkulinüberempfindlich zu machen, ohne sie tuberkulös zu machen, galt bisher immer als ein wegen seiner fast unmöglich erscheinenden Erreichung erstrebenswertes Ziel, zumal da Tuberkulinüberempfindlichkeit und Tuberkuloseimmunität in einem nahen Zusammenhange stehen". Klotz (Straßburg).

Klara Kennerknecht. *Über die Behandlung der Spina ventosa mit Pyrogallolsalbe.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 10.)

Die erkrankten Glieder werden täglich $^1/_2$ Stunde lang in Seifenwasser gebadet und mit 10% Pyrogallolsalbe, dann, bei leichter Hautreizung mit 5% und endlich mit 2% verbunden. Sequester sollen nicht entfernt werden; entweder stoßen sich dieselben spontan ab oder werden völlig resorbiert.

Die Heilung braucht lange Zeit. Mindestens 3 bis 4 Monate, bei Fisteln 1 Jahr und länger. Aber die ausgezeichneten kosmetischen und funktionellen Erfolge lohnen die aufgewendete Geduld und Zeit reichlich. Klotz (Straßburg).

F. Hamburger (Wien.) *Über Spätformen der Tuberkulose.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 12.)

In Analogie mit der Lues scheint dem Verf. eine Einteilung der Tuberkulose in 3 Stadien erlaubt und für das Verständnis der Pathologie der Tuberkulose prinzipiell wichtig zu sein. Eine strenge Scheidegrenze zwischen 2. und 3. Stadium ist allerdings häufig nicht vorhanden, man unterscheidet daher wohl zweckmäßiger Frühstadium und Spätstadium.

Nach Behring soll die menschliche Lungenphthise auf Reinfektion beruhen. Er schloß dies aus Tierversuchen. Meerschweinchen werden nur durch mindestens zweimalige Injektion kavernös tuberkulös. Sergo dagegen erhielt bereits durch einmalige Injektion kavernöse Phthise. Hamburger deutet also die mensch-

liche Lungentuberkulose als Spätform einer Infektion im Kindesalter. Denn Untersuchungen von Großstadtkindern zeigen, daß dieselben in der überwältigenden Mehrheit bis zum 12. Lebensjahre als tuberkulös infiziert gelten können. Die Lungentuberkulose des Erwachsenen beruht auf „Wiederaufflammen" schon „verheilt" gewesener Herde, wozu gar keine Infektion aus letzter Zeit unbedingt nötig ist. Aber der Dispositionsbegriff kommt dadurch nach Hamburger wieder mehr zu Ehren. Spätformen sind solche Tuberkulosemanifestationen, welche bei Erwachsenen und älteren Kindern, fast nie dagegen bei jungen Kindern beobachtet werden. Sie sind Spätformen, weil eben ein bestimmtes Alter der Infektion dazu nötig ist. Zu den Spätformen rechnet Hamburger alle Formen chronischer Lungentuberkulose, Larynxphthise, Tumor albus, „viele Fälle von Knochen-, Gelenk- und Sehnenscheidentuberkulose, die zu ausgedehnten Gewebszerstörungen führen", Nierentuberkulose, Lupus, schrumpfende adhäsive Pleuritis und Perikarditis, rezidivierende tuberkulöse Iritiden. Der Autor gibt selbst zu, daß das Gebiet der „chirurgischen" Tuberkulose sich der Einteilung in Früh- und Spätformen gegenüber spröde erweist, denn Spina ventosa, Spondylitis entwickeln sich oft im allerfrühesten Kindes- und Säuglingsalter. Bei Kindern nach dem 5. und 6. Lebensjahr sind sie dagegen „Spätformen, d. h. Exazerbationen an Stellen endogener Sekundärinfektionen", die schon lange zurückliegen können. „Freilich kann es sich auch um frische, d. h. kurze Zeit zurückliegende endogene Infektionen handeln". Hier liegt der Mangel des Früh- und Spätformensystems klaffend zutage. Wir erfahren auch über die Peritonitis tuberculosa, die Meningitis basilaris nichts näheres. Nach Hamburger können „alle Menschen tertiär" tuberkulös, id est „phthisisch werden, die in der Kindheit infiziert worden waren, gleichgültig, ob sie manifest erkrankt waren oder nicht. Es handelt sich dann, theoretisch gesprochen, nur darum, ob sie zu Phthise disponiert sind oder nicht". Damit wird also der Dispositionsbegriff wieder stark in den Vordergrund geschoben. Hamburger gelangt auf anderem Wege im großen und ganzen zu demselben Schluß, wie auch Behring, „daß die Lungenschwindsucht nicht die Folge einer kurz vorher erworbenen Infektion sei, sondern daß sie Individuen betreffe, die in ihrer Jugend mit Tuberkulose infiziert seien" (zitiert nach v. Pirquet, Allergie). Behring irrte sich nur in dem Infektionsweg.

Im übrigen scheint mir (Ref.) die Einteilung in primäres, sekundäres und tertiäres Stadium der Tuberkulose kaum mehr zu sein als eine geistvolle Spielerei, bei der für die Erkenntnis der Pathologie wenig, für die Therapie gar nichts herauskommt. Hinkt nicht der Vergleich mit der Lues auch schon darin, daß die unbehandelte Lues, die zum Primäreffekt führt, unweigerlich sekundäre oder tertiäre Erscheinungen zeitigt, daß dagegen der tuberkulöse Primäraffekt beim Menschen erwiesenermaßen in 30 von 100 Fällen spontan ausheilt?

Klotz (Straßburg).

M. Weiß. *Über die biochemische Grundlage der besonderen Disposition des Lungengewebes zur tuberkulösen Infektion.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 19.)

Der Tuberkelbazillus findet in einem Gewebe mit herabgesetzter oxydativer Kraft einen günstigen Nährboden. Die Disposition des Lungengewebes zur tuberkulösen Erkrankung ist in dessen Armut an Oxydase begründet. Neben dieser geringen oxydativen Kraft des Lungengewebes spielt auch dessen schlechtere Ernährung durch die Zufuhr ungenügend mit Sauerstoff versorgten Blutes eine Rolle.

Reuß (Wien).

E. Sluka. *Die Hilustuberkulose des Kindes im Röntgenbilde.* (Wiener klin. Wochenschr.. 1912, Nr. 7.)

Sluka lenkt die Aufmerksamkeit auf jene Fälle, welche nach der Anamnese (Blässe, Appetitlosigkeit, gedrücktes Wesen, leichte Ermüdbarkeit, abendliche Temperatursteigerungen, Nachtschweiße, trockener quälender Husten, Abmagerung) den Verdacht auf das Bestehen einer Lungentuberkulose erwecken, ohne daß die physikalische Untersuchung hierfür sichere Anhaltspunkte gibt. Bei solchen Kindern, — sie bewegen sich in einem Alter von 5 bis 10 Jahren — kann oft die Röntgenuntersuchung Aufklärung bringen. Es findet sich, — und zwar häufiger auf der rechten Seite —, ein Schatten, welcher bald halbkreisförmig den Hilus umschließt, bald die Gestalt eines Dreiecks zeigt, das mit der Basis dem Herzschatten aufsitzt und mit der Spitze mehr weniger weit in die Peripherie reicht. Die Schatten liegen immer zentral im Lungenfeld und sind rings umgeben von lufthaltiger Lunge. Sie rühren von tuberkulösen Erkrankungen der Bronchialdrüsen und des Lungengewebes um den Hilus her. Letztere entsprechen dem Übergangsstadium von der kindlichen Drüsentuberkulose zur Lungenphthise. Sluka erklärt das Zustandekommen dieser nur durch die Röntgenuntersuchung mit Sicherheit erkennbaren Hilusphthise des mittleren und späteren Kindesalters in der Weise, daß bei einer vielleicht in der Schwere der Erstinfektion begründeten Disposition zur Phthise, besonders wenn sie durch interkurrente Infektionskrankheiten gesteigert wird, der Krankheitsprozeß die ihm gesetzten Schranken durchbricht, von den Bronchialdrüsen aus die Bronchialwand infiltriert, den Bronchus infiziert und sodann auf das benachbarte Lungengewebe übergreift. In diesem Stadium ist die Röntgendiagnostik ein überaus wertvoller Behelf zur Frühdiagnose der Lungentuberkulose. Reuß (Wien).

Karl Baisch. (München.) *Erfolge und Aussichten der Behandlung der hereditären Lues.* (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1911, Bd. XXXIV, S. 273.)

Verf. entwickelt folgende Anschauungen: Jedes Kind luetischer oder luesverdächtiger Eltern muß serologisch untersucht werden. Positive Reaktion findet sich wiederholt auch bei klinisch völlig gesunden Kindern. Die indirekte Behandlung syphilitischer Säuglinge durch Injektion der Mutter mit Salvarsan lieferte keine Erfolge.

Die Injektion des Kindes mit Salvarsan ist wichtiger und wirkungsvoller. Eine einmalige Salvarsaninjektion liefert verblüffende Besserung der klinischen Symptome, doch sind Rezidive nicht selten. Die Salvarsanbehandlung wird selbst in Verbindung mit Quecksilber von den Säuglingen gut vertragen. Die intravenöse Injektion ist am meisten zu empfehlen. Für eine prophylaktische Behandlung ist die Zeit der Schwangerschaft und des Wochenbettes syphilitischer Frauen geeignet und auszunutzen. R. Weigert (Breslau).

H. Barbier et **Gassier.** *Quelques faits d'hérédosyphilis du système nerveux.* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 9.)

Die Verff. besprechen die verschiedenen Formen, unter denen die Lues hereditaria an den nervösen Zentralorganen auftreten kann, und belegen die einzelnen Typen (epileptische, meningitische, meningomyelitische Form und Erkrankung unter dem Bilde der multiplen Sklerose) mit charakteristischen Krankengeschichten.

R. Weigert (Breslau).

R. Frühwald. *Zur Frage der Infektiosität des Blutes Syphilitischer.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 16.)

Injektionen von Blut syphiliskranker Menschen unter die Ohrhaut gesunder oder syphilitischer Kaninchen hatte Entzündung und Nekrose zur Folge. Diese Veränderungen wurden auch durch Blut nichtsyphilitischer erhalten; sie können deshalb nicht als spezifisch betrachtet werden. Spirochäten konnten nie nachgewiesen werden. Reuß (Wien).

G. Nobl und **K. Fluß.** *Zur Intrakutanreaktion bei Syphilis.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 13.)

Bericht über die Luetinreaktion (Noguchi) bei 100 Fällen, hauptsächlich Frühsyphilis; 3 Fälle von Lues heredit. Die größte Bedeutung scheint der Probe für die Diagnose der Spätsyphilis zuzukommen. Reuß (Wien).

H. Triboulet et **de Jong.** *Pseudo-occlusion intestinale et septicémie à pneumocoque.* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 19.)

Zwei Fälle von Pneumokokkenseptikämie, bei denen eine Peritonitis das Bestehen eines Darmverschlusses vortäuschte.

R. Weigert (Breslau).

M. Hirsch. *Zur Kritik der Schulzeschen Schwingungen und Mittel zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborenen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 464.)

Warnung vor Schulzeschen Schwingungen. Birk (Kiel).

Plauchu (Lyon). *Resuscitation of asphyxiated infants by the insufflation method of Meltzer and Auer.* (Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener mittelst der Insufflationsmethode von Meltzer und Auer.) (Amer. Journ. Dis. Children, Januar 1912.)

Verf. meint nach 7 eigenen Beobachtungen, daß dieses Verfahren den älteren Methoden entschieden überlegen sei.

Wachenheim.

Gertrud Bien. *Zur Anatomie und Ätiologie der Trichterbrust.* (Anat. Institut Tandler, Wien.) (Beitr. z. pathol. An. u. allg. Pathol., 1912, Bd. LII, S. 567.)

Zwei ausgeprägte Fälle von Trichterbrust bei Neugeborenen werden beschrieben und auf Grund embryologischer Studien die Vermutung ausgesprochen, daß die pathologische Trichterbrust nicht anderes ist als die pathologisch verzerrte Persistenz einer physiologischen embryonalen Trichterbrust. Lehndorf (Wien).

Felix Petermöller. *Neue Beiträge zur Behandlung des Nabelschnurrestes der Neugeborenen.* (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1911, Bd. XXXIV, S. 207.)

Verf. studierte eine Reihe von Verfahren der Behandlung des Nabelschnurrestes. Von diesen bewährte sich am besten folgende Methode, bei der der Abfall der Nabelschnur in der kürzesten Zeit (nach durchschnittlich $4^1/_2$ Tagen) erfolgte und die Nabelinfektion und das Erscheinen von Nabelgranulomen vermieden wurde: 1. Erste Unterbindung eine Handbreit vom Kinde ab. 2. Gründliches Baden des Kindes. 3. Zweite Unterbindung 1 cm über dem Nabelkegel. 4. Belegen eines Gazebausches mit einer dicken Lage Kieselgur. Umwicklung des Nabelschnurrestes mit demselben. 5. Überdecken mit einem Gazestreifen. 6. Anlegen der Nabelbinde. 7. Überdecken mit Billrothschem Stoff, der ganz um den Leib des Kindes gelegt und an seinem unteren Rande um die liegende Nabelbinde umgekrempelt wird. 8. Nochmals eine Nabelbinde. 9. Dieser Verband bleibt bis zum Abfall des Nabelschnurrestes liegen. 10. An Stelle des Bades treten tägliche Abwaschungen. R. Weigert (Breslau).

Le Fever. *The management of squint in children.* (Behandlung des Schielens bei Kindern.) (Amer. Journ. Dis. Children, Februar 1912.)

Verf. empfiehlt frühe Korrektion von Refraktionsstörungen, namentlich Hyperopie, erzwungenen Gebrauch des minderwertigen Auges durch Zudecken des normalen, Erziehung mittels des Stereoskops. Operation ist bloß für die refraktärsten Fälle empfohlen.

Wachenheim.

Simmons. *Endocranial cerebral hemorrhage in the newborn.* (Endokranielle Gehirnblutung bei Neugeborenen.) (Boston Med. and Surg. Journ., 11. Januar 1912.)

Verf. berichtet über 2 Fälle, bei welchen das Blut durch Einschnitt in die Nähte entleert wurde, indem dadurch die Knochen gesprengt werden konnten. Dies Verfahren wird der gewöhnlichen osteoplastischen Operation vorgezogen. Wachenheim.

A. Bauereisen (Kiel). *Über die Bedeutung der Tentoriumrisse für das neugeborene Kind.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 19.)

Bericht über 11 Fälle unter 667 Geburten. Alle 11 Neugeborenen wurden asphyktisch geboren und starben. Immer handelte es sich um operativ beendigte Geburten. Besonders unheilvoll erwies sich der Veit-Smelliesche Handgriff. Das Kieler Material hat keine Duraverletzungen bei Spontangeburten aufzuweisen, doch sind solche Fälle sichergestellt. Ungeeigneter Dammschutz mit Druck von Schläfe zu Schläfe oder besondere Schwäche der Durafasern bei schwachen Kindern können zu intrakraniellen Blutungen führen. Bauereisen hält eine zweckentsprechende Technik der Wiederbelebung asphyktisch Geborener für entscheidend in bezug auf die Rettung des Lebens. Bei Duraverletzungen sind Schulzesche Schwingungen als Kunstfehler anzusehen. Hier kommt nur die schonende Ahlfeldsche Methode: möglichste Ruhigstellung des kindlichen Kopfes und Körpers, Freimachung der Luftwege, warmes Bad mit eventuellen Hautreizen in Betracht.

Symptome infratentorieller Blutungen sind: Relative Ruhe des Neugeborenen, Respirationsstörungen, vorherrschende spinale Symptome (Nackenstarre, doppelseitige klinische Krämpfe), endlich später Okulomotoriussymptome. Die Prognose ist infaust. Prognostisch besser sind die supratentoriellen Blutungen: Unruhe, Schreien, Spannung der Fontanelle, Hautblässe, Hypoglossus- und Accessoriusparese, Rindenkrämpfe, später Lähmungen. Chirurgischer rettender Eingriff ist möglich.

Bauereisen macht endlich darauf aufmerksam, daß Duraverletzungen leichtesten Grades, besonders an der schwachen Stelle des Tentoriums, als ätiologisch wichtig für spätere enzephalopathische Zustände in Betracht zu ziehen sein könnten. Klotz (Straßburg).

Myers. *The subcutaneous injection of smal quantities of human blood in spontaneous hemorrhage of the newborn.* (Subkutane Einspritzung geringer Quantitäten von Menschenblut bei Hämophilie der Neugeborenen.) (Arch. of Pediatrics, März 1912.)

Theoretisch ist Menschenblut entschieden dem Pferdeserum vorzuziehen. Verf. berichtet über einen erfolgreichen Fall.

Wachenheim.

René Porak. *Un cas de tache bleue mongolique avec examen histologique.* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 26.)

Porak konnte einen „Mongolenfleck" eines 10 Monate alten Kindes, das an einer epidemischen Meningitis gestorben war, histologisch untersuchen. Aus dem Ergebnis dieser Untersuchung ist besonders hervorzuheben die perivaskuläre Anordnung der Pigmentzellen, die den Mongolenfleck bilden. Verf. baut auf diesem Befund die Hypothese auf, daß das Pigment unmittelbar aus den Gefäßen in die sie umgebenden Zellen eingewandert sei.

R. Weigert (Breslau).

Mac. Clanahan. *Acute nephritis in children.* (Akute Nephritis bei Kindern.) (Pediatrics, Januar 1912.)

Bei der Behandlung empfiehlt Verf. äußere Wärme. Darmevakuation, Milchdiät, Morphium bei Konvulsionen, Digitalis und Eisbeutel bei Herzschwäche. Wachenheim.

H. Pollitzer. *Über die Natur und die Rolle des durch Essigsäure fällbaren „Eiweißkörpers" bei orthotischen Albuminurien.* (A. d. III. Med. Klinik. in Wien.) (Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 503.)

Die Versuche des Autors basieren auf der Mörnerschen Anschauung, daß es sich bei der Ausfällung der fraglichen Eiweißkörper gar nicht um einen besonderen Eiweißkörper handle, sondern daß dieser Serumalbumin sei, dessen Fällbarkeit jedoch durch die Anwesenheit einer zweiten Substanz, nämlich Chondroitinschwefelsäure oder Taurocholsäure, so gefördert sei, daß die Fällung schon durch Essigsäure allein und in der Kälte eintrete.

Demnach ist der Unterschied zwischen orthotischer und nephritischer Albuminurie nicht in der Verschiedenheit der Eiweißkörper zu suchen, sondern in dem mehr oder weniger starken Vorhandensein der „Mörnerschen Säuren". Entweder sind dieselben bei der orthotischen Albuminie normal vorhanden und bei Nephritis vermindert, oder sie sind bei Nephritis normal und bei orthotischer Albuminurie vermehrt, oder schließlich sie sind bei Nephritikern vermindert, bei normalen Menschen normal und bei Orthotikern vermehrt.

Nach den bisherigen Ergebnissen des Verf. scheint es sich um eine abnorme Vermehrung bei orthotischer Albuminurie zu handeln, doch stellt er noch genauere Untersuchungen in Aussicht.

Birk (Kiel).

F. Hamburger. *Zur Kenntnis der lordotischen Albuminurie.* (Wiener klin. Wochenschr. 1912, Nr. 7.)

Hamburger sieht in Übereinstimmung mit Jehle in der durch die Lordose verursachten Stauung die Hauptursache der orthotischen Albuminurie. Doch bedarf der Umstand der Erklärung, daß derselbe Stauungsgrad bei demselben Individuum einmal zur Albuminurie führt, das andere Mal nicht. Hamburger führt diese durch exakte Beobachtungen sichergestellte Tatsache darauf zurück, daß die meisten Individuen mit lordotischer Albuminurie „Vasomotoriker" sind. Außer dem mechanischen Moment spielt hier der momentane Vasomotorenzustand eine entscheidende Rolle.

Reuß (Wien).

H. Straub und **Schlager** (Tübingen). *Die Urämie eine Säurevergiftung?* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 11.)

Die Verff. machen mit Hilfe der Haldaneschen Methode der Bestimmung des Kohlensäurepartiardruckes die Alveolarluftuntersuchungen an Urämischen. Der Partiardruck der CO_2 in der Alveolarluft des Gesunden ist stets konstant. Dem Atemzentrum wird

auf arteriellem Wege der Reiz übermittelt; zwischen arteriellem Blut und Alveolarluft besteht Spannungsgleichgewicht. Saure abnorme Substanzen im Blut reizen nun auch ihrerseits das Atemzentrum, so daß ein Teil des von der CO_2 ausgehenden Reizes ersetzt wird und die CO_2-Spannung absinkt. Diese Senkung ist für jede einzelne Säure ein Maßstab der Konzentration; je mehr Säure im Blut kreist, um so niedriger die CO_2-Spannung. Hieraus ergibt sich die Brauchbarkeit der Bestimmung des Absinkens der CO_2-Spannung unter die Norm als Gradmesser azidotischer Zustände, was bereits für das Coma diabeticum erwiesen wurde.

Nach ihren Bestimmungen der Kohlensäurespannung bei Urämikern glauben die Verff. eine direkte Beziehung der aufgefundenen abnormen Säuerung des Blutes zur Urämie annehmen zu dürfen.

Klotz (Straßburg).

Smith. *A study of children with reference to enteroptosis.* (Enteroptose bei Kindern.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 10. Februar 1912.)

Verf. findet Neigung zur Enteroptose schon im 3. Lebensjahre und starke Ausbildung derselben in relativ seltenen Fällen schon vor der Pubertät: die höchsten Grade werden allerdings erst später erreicht. Durch Erkennung des erwähnten Zustandes im Kindesalter wird man sicherlich den schwereren Graden der Enteroptose in reiferen Jahren vorbeugen können, wobei Sorge für gute Ernährung und Gymnastik die Hauptrolle spielen. Die Arbeit ist durch zahlreiche Röntgenbilder, Photographien und Diagramme gut illustriert.

Wachenheim.

Hewlett. *Infantilism in hypophysis disease.* (Infantilismus bei Hypophysenerkrankung.) (Arch. f. intern. Med., Januar 1912.)

In 3 Fällen weist Verf. das Vorkommen des Brissaudschen und Lorainschen Typus nach. Charakteristisch ist ein milder Diabetes insipidus.

Wachenheim.

Veeder and **Austin.** *Multiple congenital hemangio-endotheliomas of the liver.* (Multiple angeborene Hämangio-endotheliome der Leber.) (Amer. Journ. Med. Sciences, Januar 1912.)

Interessanter Bericht über diesen äußerst seltenen Befund, von welchem nicht ein Dutzend Fälle in der Literatur zu finden sind.

Wachenheim.

Hans Neugebauer. *Zur Pathogenese des Icterus catarrhalis.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 14.)

Es gibt keinen bloß durch Paracholie verursachten Ikterus; auch bei insuffizienter Leberzelle lösen erst mechanische Momente den Ikterus aus. Doch kann bei geschädigter Leber der Druck im Gallensystem sich gegenüber Hindernissen als nicht ausreichend erweisen, welche bei normalem Verhalten der Leber überwunden werden. Als Ätiologie für das Zustandekommen der Leberzellenschädigung kommen u. a. auch akute und chronische Infektionskrankheiten im Kindesalter in Betracht.

Reuß (Wien).

Stöltzner. *Fibrolysin bei Lungenschrumpfung.* (A. d. Kinderpoliklinik in Halle.) (Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 271.)

Bei einem 7jährigen Kinde mit langdauernder Pneumonie des einen Unterlappens, durch die es zur Schrumpfung der entsprechenden Thoraxhälfte und zur Verbiegung der Wirbelsäule kam, wurde durch Injektion von Fibrolysin (10 Ampullen im Verlauf von 3 Wochen, zwischen die Schulterblätter injiziert) eine Heilung erzielt.

Birk (Kiel).

Marfan et **Feullié.** *Rachitisme expérimental.* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 18.)

Die Vortragenden demonstrieren 3 junge Hunde desselben Wurfes, bei denen sie Knochenveränderungen (an den Epiphysengrenzen) auftreten sahen, die klinisch als rachitische imponierten. Die Krankheitserscheinungen waren bei einem von den Tieren nach Tuberkulininjektionen, bei den beiden anderen nach Einspritzungen von Ovalbumin aufgetreten. Die Mitteilung ist nur eine vorläufige; über den Zweck und weiteren Verlauf der Versuche wird noch berichtet werden.

R. Weigert (Breslau).

Schabad und **Sorochowitsch** (St. Petersburg). *Ist der weiße Lebertran bei der Behandlung der Rachitis dem gelben gleichwertig?* (Arch. f. Kinderheilk., 1912, LVII, 4—6.)

Der weiße Lebertran wird nach den Autoren von vielen Kindern lieber genommen als der gelbe; möglicherweise besteht, wie hinsichtlich der Fettsäuren, so auch in bezug auf den Gehalt an Morrhuol ein Unterschied. Die Verff. versuchten durch Stoffwechseluntersuchungen an 2 Rachitikern Aufschluß darüber zu erhalten, ob beide Lebertransorten auf Kalk-, Phosphor-, Stickstoff -und Fettstoffwechsel different einwirken. Sie fanden, daß hinsichtlich des Kalkstoffwechsels der weiße Lebertran dem gelben nicht nachsteht, in einem Versuche wurde sogar etwas mehr Kalk retiniert. Auch die Tetanie des einen Versuchskindes reagierte in gleicher Weise auf weißen Lebertran (Schwinden der gesteigerten mechanischen Erregbarkeit und Ansteigen der Werte für die Kathodenöffnungszuckung), wie es vom gelben Lebertran her bekannt ist.

Phosphorumsatz und Stickstoffumsatz zeigten ebenfalls keine Differenz gegenüber beiden Lebertransorten.

Trotz günstiger Beinflussung der Rachitis (und Tetanie) fand sich bei einem Versuchskind Seifenstuhl.

	Seifenprozente
Ohne Behandlung	50·17
Weißer Lebertran	69·98
Gelber Lebertran	76·02

Die Fettspaltung war eine befriedigende.

Eine Abhängigkeit der Seifenmenge vom Kalk in den Fäzes besteht nicht. Die Seifenmenge nimmt also entgegen der Ansicht

anderer Autoren nicht gesetzmäßig unter Lebertran ab. Damit wird die Erklärung der Heilwirkung des Lebertrans via Herabsetzung der Kalkseifenquote und dadurch bedingter besserer Kalkretention hinfällig.

Interessant ist das Ergebnis eines anderen Versuches bei einem 3 Jahre alten Rachitiker. Die erste Periode fand bei kalkarmer Nahrung statt und zeitigte bei einer Kalkzufuhr, die 8fach kleiner war als die Norm, nämlich 0·2 CaO pro Tag, eine Retention von 0·08 CaO, also 44%. Es erhellt hieraus, wie hartnäckig der Organismus auch bei ungenügender Zufuhr am Kalk festhält und wie ausgezeichnet der Organismus wirtschaftet. In der zweiten Periode bei gewöhnlicher Nahrung wurden 0·35 CaO pro Tag retiniert und in Periode 3 bei weißem Lebertran 1·0 CaO. Das Kind starb bald darauf an Diphtherie. Die chemische und histologische Analyse der Knochen ergab eine trotz der mittlerweile eingeleiteten Lebertranbehandlung (24 Tage hindurch) noch floride Rachitis. Klotz.

Reuben. *Splenomegaly.* (Amer. Journ. Dis. Children, Januar 1912.)

Verf. liefert einen interessanten Bericht über 3 Fälle der Splenomegalie (Typus Gaucher) in einer Familie; ein viertes Kind war normal. In bezug auf Symptomatologie wird auf die erst später und geringergradig auftretende Hepatomegalie, das gewöhnliche Fehlen von Blutungen, den langsamen Verlauf (bis 36 Jahre), das familiäre Auftreten und die Hautpigmentierung hingewiesen.

Wachenheim.

W. Falta, Kriser und **L. Zehner.** *Über die Behandlung der Leukämie mit Thorium X.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 12.)

Zahlreiche Tierversuche haben ergeben, daß nach Injektion von Thorium X eine vorübergehende Steigerung der Leukozytenzahl und sodann eine länger andauernde Leukopenie eintritt. Auch bei 4 Leukämikern hatte die Thoriumbehandlung ein Sinken der Leukozytenzahl und Besserung des subjektiven Befindens zur Folge. In zwei Fällen, in denen die Röntgenbehandlung nicht mehr wirkte, konnten mit der Thoriumbehandlung, bei welcher eine sehr genaue Dosierung möglich ist und die Röntgenschädigung der Haut vermieden wird, Erfolge erzielt werden. Reuß (Wien).

Bennecke (Jena). *Über unsere Mißerfolge mit der Bluttransfusion bei perniziöser Anämie.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 11.)

Die Transfusion führte in keinem der 5 Fälle zur Besserung des Blutbefundes. Sie ist, auch wenn Hämolyse ausbleibt, keineswegs als harmloser Eingriff zu bezeichnen. Gewisse subjektive Besserungen lassen andere Deutungen zu, und in einem Falle konnte sich Verf. nicht dem Eindruck verschließen, daß die Bluttransfusion den Tod beschleunigt hatte. Klotz (Straßburg).

A. Jonaß. *Klinische Beobachtungen über die Ehrlich'sche Aldehydreaktion bei Kreislaufstörungen.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 10.)

Mitteilung von 16 Fällen. Die Aldehydreaktion war so gut wie regelmäßig positiv, wenn das rechte Herz infolge von Überlastung der ihm zugewiesenen Arbeit nicht nachkommen konnte. Bei Versagen des rechten Herzens kommt es zu Hyperämie in den Lebergefäßen und dadurch zu einem vermehrten Hämoglobinangebot an die Leber, welches Urobilinogenurie zur Folge hat. Reuß (Wien).

Richardière et **Huber.** *Inocclusion de la cloison interventriculaire avec absence d'artère pulmonaire.* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 29.)

Bei einem Kinde, das neben allgemeiner, angeborener Zyanose und Paroxysmen von Atemnot keine Zeichen eines Herzfehlers bot, insbesondere absolut reine Herztöne hatte, fand sich bei der Autopsie eine fingerstarke Öffnung im Septum ventriculorum. Die Pulmonalarterie fehlte, dagegen entsprang die Aorta gleichzeitig aus beiden Ventrikeln. Das Kind wurde 16 Monate alt.

R. Weigert (Breslau).

Pisek and **Coffen.** *The polygraph as an aid in diagnosis of cardiac conditions in infancy.* (Das Polygraph als diagnostisches Hilfsmittel bei Herzerkrankungen im Säuglingsalter.) (Amer. Journ. Dis. Children, Februar 1912.)

Eine Ausdehnung dieser Untersuchungsmethode auf die ersten Lebensjahre. Wachenheim.

J. Hallé et **Dorlencourt.** *Bromides papulo-tuberculeuses géantes.* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 33.)

Ein Mädchen von 7 Jahren erhielt durch mehrere Tage 0·05 g Brom und bekam danach ein großes papulotuberkulöses Bromexanthem. Nach Aussetzen des Broms bildete sich der Ausschlag allmählich zurück. R. Weigert (Breslau).

A. Mazzuoli. *Sindrome meningitiforme da elmintiasi. Valore diagnostico della formula ematologica.* (Meningitisförmige Syndrome aus Helminthiasis. Diagnostischer Wert des hämatologischen Bildes.) (Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche, 1911, 4, VII.)

Verf. berichtet über einen von ihm selbst beobachteten Fall, in dem er eine wirkliche Toxämie aus Askariden mit imponierendem, meningitisförmigem Verlauf vorfand. Der 9jährige Knabe hatte bis dahin keine irgendwie bemerkenswerte Krankheit gehabt; 1 Monat vorher wurde er reizbar und nervös und der allgemeine Ernährungszustand verfiel etwas. Dann plötzlich allgemeines Zittern, kalter Schweiß, Verlust des Bewußtseins. Von Zeit zu Zeit klonische Kontraktionen bald an den rechten oberen und unteren, bald an den

linken Extremitäten. Die Beobachtung ergab soporösen Zustand, auf Licht wenig reagierende Pupillen, Rotation der Augäpfel nach oben, Opisthotonus, leichten Trismus, Dermographie, eingewölbtes Abdomen, Kernigs Symptom, Puls langsam, Temperatur 32·6, kein Erbrechen. Lumbalpunktion konnte nicht angewendet werden; da der Fall aber in einer Malariagegend passierte, so schritt man zur Blutuntersuchung, die für die Krankheit negativ ausfiel. Hämatologisches Bild ergab bedeutende Eosinophilie, sicheres Anzeichen von Toxämie. Untersuchung der Fäzes ergab Vorhandensein einer abnormen Anzahl von Askarideneiern. Eine energische antihelminthische Behandlung bewirkte eine ergiebige Ausstoßung von Helminthen, nach welcher die schweren Symptome nachließen und nach wenigen Tagen Heilung erfolgte. Die Zahl der Eosinophilen kehrte nach zirka 20 Tagen zum Normalen zurück. Dotti (Florenz).

Ruhräh. *Treatment of nocturnal enuresis in children.* (Behandlung von nächtlicher Enurese bei Kindern.) (Amer. Journ. Med. Sciences, Februar 1912.)

Verf. will Schilddrüsenextrakt für gewisse Fälle empfehlen: sonst weist dieser Beitrag die noch immer herrschende Verwirrung in diesem interessanten Gebiete nach. Wachenheim.

A. Jovane. (Kinderklinik, Neapel). *Emorragia delle paratiroidi e tetania infantile.* (Hämorrhagie der Nebenschilddrüsen und kindliche Teranie.) (La Pediatria, 1911, Nr. 8.)

Verf. konnte die histologischen Stücke von 6 von ihm beobachteten Tetaniefällen studieren und erhielt künstlich in 2 Fällen Hämorrhagie der Nebenschilddrüsen, mit Symptomen vermehrter elektrischer Reizbarkeit der Nerven auf die kurze Periode von 2 bis 3 Tagen.

Obwohl Verf. der Insuffizienz der Nebenschilddrüsen eine große Bedeutung für die Entwicklung der kindlichen Tetanie einräumt, wie seine vorausgegangenen, mit Dr. Vaglio angestellten Untersuchungen zeigen, kann er doch der Behauptung jener Beobachter nicht zustimmen, die eine mehr oder weniger konstante Beziehung zwischen Hämorrhagie der Nebenschilddrüsen und Tetanie annehmen, besonders wenn die histologische Untersuchung der Nebenschilddrüsen bei kindlicher Tetanie keinerlei schwere, bleibende oder progressive, die Funktionen der Drüsen irgendwie störende Veränderungen ergeben hat und wenn die Versuche dagegen sprechen.

Verf. zufolge können vorausbestehende Hämorrhagien der Nebenschilddrüsen, besonders wenn sie frisch sind, den auf unbekannte Ursache zurückzuführenden Zustand funktioneller Insuffizienz höchstens nur noch erschweren. Dotti (Florenz).

Grulee. *The dietetic treatment of infantile tetany.* (Diätetische Behandlung der Säuglingstetanie.) (Arch. of Pediatrics, Januar 1912.)

Auch Grulees Untersuchungen weisen auf die zweifelhafte Rolle des Kalziums, dagegen auf die hohe Bedeutung der Molkenproteine als Erzeuger der Tetanie. Gute Erfolge wurden mit Kaseinmischungen erzielt. Wachenheim.

G. Raillet (Reims). *Laryngopasme consécutif à une instillation intranasale d'huile résorcinée chez un garçon de 4 mois.* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 41.)

Nachdem schon von anderen Seiten mehrfach über das Wegbleiben von Säuglingen nach Einträuflungen von Mentholöl in die Nase berichtet worden ist, hatte Raillet in seiner Praxis einen gleichen Fall nach Einträuflung von Resorzinöl. Raillet weist — wohl mit Recht — darauf hin, daß weder das Menthol noch das Resorzin noch gar das Öl an diesen Unfällen schuld sei, da diese Medikamente täglich unzählige Male ohne unangenehme Zwischenfälle in derselben Weise angewandt werden. Vielmehr sei der Eingriff selbst, eventuell seine ungeschickte Ausführung und vor allem die neuropathische Konstitution des betroffenen Kindes zu beschuldigen.

R. Weigert (Breslau).

Guinon et **F. Moutier.** *Syndrome complexe observé chez un nourrisson, paraissant en raport avec l'hypertrophie du thymus.* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 48.)

Bei einem Kinde mit den Symptomen einer Thymushypertrophie entstand ein kompliziertes Krankheitsbild durch das Auftreten einer alimentären Toxikose. R. Weigert (Breslau).

Basch and **Rohn** (Prag). *The physical evidence of the thymus.* (Physikalischer Nachweis der Thymusdrüse.) (Amer. Journ. Dis. Children, Februar 1912.)

Mittels eines speziellen Perkussionsapparates gelingt es unschwer, die Grenzen der Thymusdrüse festzustellen. Das normale Gewicht der Drüse ist bei der Geburt etwa 14 g, steigt bis auf 35 g im Pubertätsalter, um danach abzunehmen. Wachenheim.

J. Brudziński. *Experimentelle Untersuchungen über den kontralateralen Reflex und über das Nackenphänomen an den unteren Extremitäten.* (Wiener klin. Wochenschr., 1911, Nr. 52.)

Verf. hat vor einigen Jahren 2 neue, vorwiegend bei Meningitis der Kinder zu beobachtende Phänomene beschrieben: 1. den kontralateralen identischen respektive kontralateralen umgekehrten Reflex (Beugung respektive Streckung einer Extremität bei passiver Beugung der anderseitigen); 2. das Nackenphänomen (Flexion beider Beine bei Beugung des Nackens). Tierexperimente veranlassen nun den Verf., den Einfluß der Reizung der hinteren Lumbalwurzeln, der Zirkulationsstörungen im Gehirne selbst und intrakraniellen Druckschwankungen vor allen anderen Momenten beim Zustandekommen der genannten Reflexe in Betracht zu ziehen. Reuß (Wien).

G. Variot et **E. Bonniot.** *Association d'hémispasme labié congénital et de maladie de Little.* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 6.)

Die Verff. beobachteten im Laufe eines Jahres ein Dutzend Kinder mit halbseitigem Krampf der Unterlippe. Er entsteht durch die angeborene halbseitige Lähmung des Musculus orbicularis oris. Bei der Autopsie eines Falles fand sich eine Verschmälerung der Muskelfasern und eine Verwaschenheit der Querstreifung des erkrankten Muskels. Klinisch zeigte dieser Muskel Entartungsreaktion. Das gleichzeitige Auftreten der Littleschen Krankheit in einem Falle hält der Verf. für ein rein zufälliges Zusammentreffen.

R. Weigert (Breslau).

Lucas and **Southard.** *Convulsive tendencies during and after encephalitis in children.* (Krampfneigungen während und nach Enkephalitis im Kindesalter.) (Boston Med. and Surg. Journ., 29. Februar 1912.)

Verff. geben detaillierten Bericht über 12 Fälle. Bei den meisten fand man Reflexstörungen, Geistesstörungen, Nackensteifigkeit: dagegen Krämpfe bei nicht zwei Dritteln und Erbrechen bei nicht der Hälfte. Absolute Heilung scheint nie zu erfolgen, aber bloß drei endeten zur Zeit oder als Nacherscheinung letal. Der Ausgang mit Residuen, speziell Epilepsie und Geistesschwäche, bildet die Regel.

Wachenheim.

Unger. *Beiträge zur Pathologie und Klinik der Neugeborenen. I. Myxödem und Mongolismus eines Neugeborenen.* Wien. med. Wochenschr., 1912, Nr. 14, S. 901.)

Die Besonderheit dieser Beobachtung liegt erstens darin, daß das Kind schon mit manifesten Myxödemsymptomen zur Welt kam (typische Haut- und Schleimhautveränderungen, Untertemperatur, Apathie, Pulsverlangsamung usw.); und zweitens, daß evidente Zeichen des Mongolismus (Schrägstellung der Lidspalten, Brachyzephalie usw.) vorhanden waren. Die radiologische Untersuchung zeigte neben verzögerter und atypischer Knochenentwicklung eine abnorm große Sella turcica. Verf. bespricht die Zusammenhänge beider Affektionen mit den Drüsen mit innerer Sekretion und möchte die Vermutung äußern, daß neben der Keimdrüse vielleicht auch der Hypophyse ein Anteil an der pathogenetischen Grundlage des Mongolismus zufallen dürfte. Lehndorf (Wien).

Schlesinger (Straßburg). *Die Trinkerkinder unter den schwachbegabten Schulkindern.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 12.)

Bei zirka 200 schwachbegabten Schulkindern wurde in 30% Trunksucht der Eltern zugestanden. Fast ausschließlich war der Vater derjenige, welcher. Wenn auch die Trunksucht unter Männern verbreiteter ist als unter Frauen, so ist das Prävalieren des männ-

lichen Geschlechtes ferner noch dadurch begründet, daß die Nachkommenschaft von Trinkerinnen außergewöhnlich lebensschwach ist. So fielen auf Trinkerfamilien 12·5% Fehlgeburten und 39% frühzeitige Todesfälle; bei nüchternen Familien lauteten die entsprechenden Zahlen 5% und 30%. Die körperliche Entwicklung der Trinkerkinder war nur in 33% gut. Fast die Hälfte hatte im ersten Lebensjahr an Krämpfen gelitten. Intelligenzdefekte waren bei den Trinkerkindern des Autors nicht stärker vorhanden als bei Schwachbegabten aus nüchterner Familie. Der agile, erethische Typ überwog weitaus den apathischen, stumpfsinnigen.

Von 42 geistig minderwertigen Potatorenkindern waren 16 stark psychopathisch, 5 Verbrecher, 21 ohne Charakterfehler. Bei 32 schwachbegabten Abkömmlingen nüchterner Familien betrug die Anzahl charakterschwacher Kinder 12, davon 4 Verbrecher. Unter den Charakterfehlern finden sich auffallend oft Schulschwänzen und Vagabundieren, auch Hang zur Trunksucht und geringe Toleranz für selbst niedrige Alkoholmengen. Klotz (Straßburg).

Doberer. *Zur Technik und Kasuistik der Epilepsieoperationen.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 10.)

Verf. berichtet über eine neue einfache Operationsmethode bei Epilepsie, welche im wesentlichen darin besteht, daß nach Trepanation des Schädels die Dura kreuzweise eingeschnitten wird und die hierdurch entstehenden dreieckigen Durazipfel an ihrer Basis umgebogen und mit der Innenseite nach außen, unter gleichzeitiger Ablösung der Dura vom Knochen, unter denselben geschoben werden; hierauf wird der Knochendeckel an seine Stelle zurückgebracht, wo er sofort festhält und leicht wieder einheilt. Die Operation bezweckt, einem plötzlichen Anwachsen der Spannung infolge Vermehrung der Flüssigkeit im Subduralraum dadurch vorzubeugen, daß letztere in die Venae diploicae abgeleitet wird. Es wurden bisher 7 Fälle operiert, darunter 4 Kinder im Alter von 7 bis 13 Jahren; mit Ausnahme eines Falles, der nur geringe Besserung zeigte, trat in allen Fällen eine ganz wesentliche Besserung, ja selbst völliges Sistieren der Anfälle ein. Die Kürze der Beobachtungszeit erlaubt es nicht, von Dauererfolgen zu sprechen. Reuß (Wien).

Variot et **Morancé.** *Un cas grave de maladie de Raynaud chez un enfant de trois ans.* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 2.)

Der Fall ist bemerkenswert durch das jugendliche Alter des Patienten ($3^1/_4$ Jahre) und durch die enorme Ausbreitung der Affektion (Ohren, Nase, Arme und Beine); die Ursache der Erkrankung blieb trotz Autopsie ungeklärt. R. Weigert (Breslau).

Winslow. *Case of congenital gangrene of right forearm.* (Angeborene Gangrän des rechten Unterarmes.) (Southern Med. Journ., Februar 1912.)

Die Geburt war normal, Umschnürung durch den Nabelstrang oder Bänder lag nicht vor; der Unterarm war schon bei der Geburt gangränös bis zum Ellenbogen mit scharfer Abgrenzung. Amputation erfolgreich, mit glatter Heilung. Wachenheim.

A. Velebil. *Beitrag zur Erkenntnis der Kleinhirngeschwülste im Kindesalter.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 6/8.)

Mitteilung eines klinisch und anatomisch beobachteten Falles von multiplen Gehirntuberkeln (darunter ein Solitärtuberkel im Kleinhirn) bei einem 9jährigen Mädchen. Eingehende Besprechung der Symptomatologie. Reuß (Wien).

B. Breitner. *Über Wesen und Ursache des Kropfes.* (Wiener. klin. Wochenschr., 1912.)

Verf. berichtet über eine zehnköpfige Familie, deren sämtliche Mitglieder nach Genuß eines bestimmten Brunnenwassers Schilddrüsenschwellungen zeigten, als Beweis, daß es sicher Kropfbrunnen gibt. Mitteilung interessanter experimenteller Untersuchungen und theoretischer Überlegungen über das Wesen der mit Sekretionsänderungen in der Schilddrüse einhergehenden Erkrankungen.

Reuß (Wien).

S. Tenzer. *Über eine neue Methode der Radikaloperation der Tonsille.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 3.)

Verf. berichtet über seine bei zirka 1000 Tonsillektomien gewonnenen Erfahrungen über das von G. Sluder angegebene Verfahren (s. Monatschr. f. Ohrenheilkunde, Laryngo-Rhinol. 1911, H. 8) und empfiehlt dasselbe speziell für das Kindesalter wärmstens.

Reuß (Wien).

Guisez. *Cinq cas de corps étrangers trachéaux et bronchiques, dont deux chez le même enfant; traités par la bronchoscopie.* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 56.)

Guisez benutzte zur Entfernung von Fremdkörpern aus Trachea und Bronchien stets die Bronchoskopie, und zwar bei älteren Kindern durch den Mund, bei weniger als 2jährigen durch eine Tracheotomiewunde. R. Weigert (Breslau).

H. Abrand. *Deux observations de corps étranger dans l'oesophage.* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 16.)

In beiden Fällen handelte es sich um Fremdkörper (Knochen), die in den ersten Tagen ihres Verweilens im Ösophagus gar keine oder nur geringe Symptome machten, bis katastrophal auftretendes Blutbrechen in dem einen Falle und schwere Prostation, Fieber usw. im 2. Falle die spontane (Erbrechen) respektive instrumentelle (Ösophagoskop) Entfernung des Knochens veranlaßten.

R. Weigert (Breslau).

Sinclair and **Pancoast.** *A typical case of acute epiphysitis in an infant.* (Typischer Fall von Epiphysitis bei einem Säuglinge.) (Arch. of Pediatrics, Februar 1912.)

Das Kind war 2 Monate alt; Ätiologie nicht näher bestimmbar. Vorzügliche Röntgenabbildungen. Wachenheim.

E. Miloslavich. *Zur Pathogenese der Appendizitis.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 12.)

Der Appendix bei Individuen mit Status lymphaticus zeigt meist eine bedeutendere Länge als bei anderen Individuen; sehr oft findet sich die trichterförmige Einmündung des Wurmfortsatzes ins Coecum; die histologische Untersuchung ergibt eine mächtige Hyperplasie des lymphatischen Apparates. Die Hyperplasie der Lymphfollikel führt bei Ausbreitung gegen das Lumen zur Bildung von Schleimhautbuchten (prädisponierendes Moment für die Lokalisation der Entzündung), bei Ausbreitung gegen den Muskelring zur Verdünnung der Muskelschichten (Beeinträchtigung der Peristaltik, Sekretstauung).

Bei Obduktionsbefunden von an Appendizitis verstorbenen jugendlichen Personen ist ausgesprochener Status lymphaticus ein häufiger Begleitbefund („lymphatische Appendizitis" Weichselbaums).

Als „lymphatische Pseudoappendizitis" bezeichnet Verf. solche Fälle, welche klinisch Anlaß zur Operation geben und bei denen die Wurmfortsätze frei von entzündlichen Veränderungen gefunden werden. Sie zeigen vielfach den Aufbau der Appendizes von lymphatischen Individuen. Die erhöhte Reizbarkeit und Empfindlichkeit solcher Wurmfortsätze und die Intensität der klinischen Erscheinungen kommt vielleicht durch die manchmal bestehende Hyperplasie des Plexus myentericus und die Dehnung der Muskelwand zustande.

Verf. schließt, daß in einer beschränkten Anzahl von Fällen die Wurmfortsatzentzündung mit Konstitutionsanomalien zusammentrifft. Reuß (Wien).

V. Lieblein. *Zur Kenntnis der lymphatischen Pseudoappendizitis.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 15.)

Lieblein teilt, angeregt durch die Publikation Miloslavich', eine Reihe von Fällen mit, welche klinisch unter dem Bild der akuten, respektive chronisch rezidivierenden Appendizitis verliefen und bei welchen sowohl der Befund bei der Operation als auch der histologische Befund an der Appendix weder Zeichen einer frischen Entzündung noch sichere Residuen eines abgelaufenen entzündlichen Prozesses ergab. Doch zeigten die Appendizes eine ausgesprochene lymphatische Hyperplasie. Es handelte sich um Kinder respektive im jugendlichen Alter stehende Individuen von ausgesprochen lymphatischer Konstitution. Es dürfte wohl ein ursächlicher

Zusammenhang zwischen klinischen Erscheinungen und anatomischem Befund bestehen, wenn auch eine plausible Erklärungsmöglichkeit vorläufig nicht vorliegt. Reuß (Wien).

Canaguier et **Hamel.** *Observation du péritonite aiguë probablement appendiculaire chez un enfant de cinq jours.* (Bull. de la soc. de péd., Paris 1912, S. 45.)

Bei einem Kind entwickelten sich in den ersten Lebenstagen die Zeichen eines Darmverschlusses. Die am 5. Lebenstage ausgeführte Operation ergab eine eitrige Peritonitis, mit besonderer Lokalisation in der Blinddarmgegend. Der Appendix zeigte die Veränderungen einer akuten Erkrankung; er wurde entfernt. Unmittelbar nach der Operation ging es dem Kinde besser; es ging schließlich infolge Eventeration durch Auseinanderweichen der Wundränder zugrunde. Die Ursache dieser frühen Erkrankung des Wurmfortsatzes blieb dunkel. Der Säugling hatte nur Frauenmilch erhalten.

R. Weigert (Breslau).

Nageotte-Wilbouchevitch. *Traitement de la scoliose; présentation d'une scoliotique traitée depuis l'âge de six ans.* (Bull. de la soc de péd., Paris 1912, S. 33.)

Die Vortragende entwickelt den Behandlungsplan einer Skoliose, deren frühzeitige, langdauernde und ununterbrochene Therapie sie fordert, und zeigt am Falle der demonstrierten Patientin ihr System.

R. Weigert (Breslau).

K. Hasebroek (Hamburg). *Über die Bedeutung des Schultergürtels für die Haltungsanomalien und Rückgratsverkrümmungen.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 18.)

Verf. hat schon früher darauf hingewiesen, daß eine lediglich funktionelle Haltungsanomalie, die Vorwärtslagerung des Schultergürtels, einen Rundrücken vortäuschen kann. Er unterscheidet neuerdings folgende Haltungstypen des Schultergürtels.

I. Doppelseitiges Abstehen der unteren Schulterblattwinkel. Häufigste Anomalie, welche die Kinder zum Arzt führt. Dieser führt beide Ellenbogen hinter dem Rücken zusammen, wodurch die anomale Haltung sich sofort ausgleicht: einfaches habituelles Vorwärtsfallen des gesamten Schultergürtels auf dem Thoraxkegel. Bequemlichkeitshaltung.

Nicht selten gelingt es aber nicht oder nur unter großem Kraftaufwand, die Ellenbogenspitzen aneinander zu bringen. Die Schulterblattverlagerung ist fest fixiert; entweder durch allzu feste Bandverbindungen oder Schultergürtelversteifung oder aber durch dauernden Spasmus der Pektoralmuskeln und Korakobrachiales.

II. Die Anomalie kann auch einseitig auftreten unter folgenden Typen:

1. Einseitige schlechte Entwicklung der Rhomboidei und des Schulterblattgrätenteils des Trapezius. In diesen Fällen steht nicht die „normale Schulter zu hoch, sondern vielmehr die anormale Schulter zu tief".

2. Einseitige Vorlagerung durch Hypertonie der Pektoralmuskeln und des Korakobrachialis. Diagnose wird wie oben gestellt; die betreffenden Muskeln sind druckempfindlich. Ätiologisch läßt sich häufig einseitige forcierte Armbetätigung (rechts = Spiel, Sport usw. links = Geigenspiel) feststellen.

Es fehlt also bei I und II eine Beteiligung der Wirbelsäule. Bestehen nun aber echte Skoliosen oder Kyphosen, dann werden sei durch die oben geschilderten Anomalien noch akzentuierter, da die Rücklagerung der Schulterblätter naturgemäß erschwert ist.

Nur in einem Falle werden die Erscheinungen einer Skoliose gemildert, wenn nämlich die Schultergürtelanomalie einseitig und auf der der Skoliose entgegengesetzten Seite vorhanden ist.

Die sogenannte Bequemlichkeitshaltung bildet sich spontan mit zunehmendem Alter, durch planmäßige, maßvolle gymnastische Übungen und pädagogische Maßnahmen zurück. Bei hartnäckigen Sündern leistet ein von Hasebroek konstruierter Gradhalter oder ähnliche portative Apparate und Bandagen gute Dienste. Bei schlaffen, haltseitigen Formen: Elektrizität, Massage, aktive Übungen der betreffenden Muskeln. Klotz (Straßburg).

Fürsorge.

E. Mayerhofer. *Poliklinische Beobachtungen aus der Stillpropaganda.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 7.)

Verf. bringt eine Statistik über 826 Frauen, die er nach dem Rat gefragt hat, den sie während des Wochenbettes bezüglich der Ernährung ihrer Kinder von der Hebamme erhalten hatten. Das Ergebnis ist ein sehr erfreuliches: die Hebammen des X. Wiener Gemeindebezirkes und der angrenzenden Stadtteile sind so weit in der Frage der natürlichen Ernährung unterrichtet, daß sie bloß zu kaum 5% der Fälle schlechte Ratschläge erteilen; die Kinder der Hebammengeburten sind zu 52·4% bei der Brust. Diese günstigen Resultate dürfen ganz besonders dem lokalen guten Einfluß der S. Weißschen Still- und Milchkasse zuzuschreiben sein, insbesondere der von jener Einrichtung eingeführten Prämiierung jener Hebammen, die die Selbststillung der ihrer Pflege anvertrauten Mütter durchführen konnten. Reuß (Wien).

Ganghofner und **Schleißner.** *Über Stillstuben und Stillkrippen.* (Prager med. Wochenschr., 1912, Nr. 3.)

Die Verff. treten für die Errichtung von Stillstuben bei den Fabrikbetrieben in den Industriebezirken Deutschböhmens ein. In Anlehnung an die durchaus zweckentsprechenden Einrichtungen der k. k. Tabakregie empfiehlt es sich, als Ausmaß des als Stillstube verwendeten Zimmers, welches licht, gut lüftbar und heizbar sein soll, für jedes Kind 3 m^2 bei 3 m Höhe als Minimum, 4 bis 5 m^2 als wünschenswert zu bezeichnen. Kalt- und Warmwasserleitung, Bade- und Waschvorrichtungen sind wünschenswert, aber nur bei Verfügbarkeit reicher Mittel zu verlangen. Sehr wünschenswert wäre die Beistellung der tagsüber zum Umwickeln nötigen Wäsche seitens des Fabrikbesitzers, um das Trocknen beschmutzter Windeln in der Stube hintanzuhalten. Als Liegestätten für die Kinder genügen auch geflochtene Körbe, welche auf Holzbänken stehen. Notwendig sind Pölster und Unterlagen, ein Wickeltisch und Sitzgelegenheiten für die stillenden Mütter. Die Einrichtung einer kleinen Krippe mit 6 bis 8 Betten (ohne Wäsche) kann mit 150 bis 200 Kronen bestritten werden; als Personal genügt eine verläßliche Wärterin, die nicht besonders geschult sein muß. Ärztliche Überwachung durch den Fabrikarzt (200 bis 400 Kronen) ist notwendig. Die Einhebung eines Betrages seitens der Arbeiterin ist nicht zu empfehlen; die Kosten sind von dem Fabrikbesitzer zu tragen. Die Beteiligung von Damen wäre von günstigem Einfluß.

Reuß (Wien).

C. Keller. *Geburtshilfe und Säuglingssterblichkeit.* (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1911, Bd. XXXIV, S. 189.)

Die Zeit, in der der Geburtshelfer den Säugling zumeist ärztlich zu versorgen hat, ist diejenige der ersten Lebenstage des Kindes, die bekanntlich die Zeit der größten Säuglingssterblichkeit ist. Es ist klar, daß die Bemühungen, die Säuglingssterblichkeit herabzusetzen, diese Zeit der größten Mortalität entsprechend berücksichtigen müssen und die Mithilfe der Geburtshelfer nicht entbehren können. Der Verf. hat die Statistik der Todesursachen von Kindern der ersten Lebenswochen in Berlin aus einer Reihe von Jahren durchgesehen, um zu eruieren, auf welche Gesichtspunkte die Aufmerksamkeit der Geburtshelfer gerichtet werden könnte. Dabei scheint die Lebensschwäche und die Nabelinfektion als Todesursache am meisten Aussicht zu haben, in ihrer Häufigkeit vermindert zu werden. Da der Gesundheits- und Kräftezustand der Säuglinge kurz nach der Geburt von dem Verlaufe der Schwangerschaft und der Geburt abhängig ist und da diese in der geburtshilflichen Klinik die sicherste Aussicht auf einen glatten Verlauf hat, ist in der rechtzeitigen Aufnahme sozial und gesundheitlich gefährdeter Schwangerer in eine Klinik ein wirksames Mittel im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit gegeben. Damit wird gleichzeitig auch am meisten gewährleistet, daß die Mutter ihr (gefährdetes) Kind stillt.

Ein weiterer Schaden, der einer Bekämpfung wohl zugänglich ist, ist die Nabelinfektion; auch diese ist in der Anstaltspflege am wenigsten zu befürchten. Im übrigen empfiehlt Keller, das Neugeborene täglich zu baden und den Nabelrest mit Salbe (10%ige Lenicetvaseline) zu behandeln. Die früher vom Verf. geübte Alkoholbehandlung und das Weglassen des Bades bis zum Abfallen des Nabelschnurrestes hat der Verf. wieder aufgegeben.

R. Weigert (Breslau).

Levy. *The relation of social and economic conditions to infant morbidity and mortality.* (Verhältnis sozialer und ökonomischer Umstände zur Säuglingsmorbidität und -mortalität.) (Arch. of Pediatrics, Januar 1912.)

Verf. weist den engen Zusammenhang zwischen dem weiblichen Industriewesen und niedriger Volksbildung (z. B. unter der farbigen Bevölkerung) und hoher Säuglingssterblichkeit nach. Daneben spielt große Armut eine bedeutende Rolle. Relativ niedrige Zahlen kommen aus den Städten des Nordwestens; vielleicht ist dort das kühlere und trockene Sommerklima von Einfluß, obgleich Verf. dies nicht in Betracht zieht. Die höchsten Ziffern kommen, wie zu erwarten, aus dem Süden, und zwar sowohl aus den Kleinstädten wie den größeren Ortschaften, und es ist, wie erwähnt, die Negerbevölkerung besonders ungünstig gestellt.

Wachenheim.

Koplik. *Hospitals for the care of infants and children and the methods of prevention of infection.)* (Kinderhospitäler und die Vorrichtungen zur Verhütung von Infektion.) (Arch. of Pediatrics, Januar 1912.)

Verf. schildert seine Beobachtungen in den neueren deutschen Kinderanstalten und betont folgende Punkte. Infektion wird in erster Linie durch genaue Ausführung der Pflegeregulierung verhütet. So soll jedes Kind sein eigenes Besteck haben; Säuglinge sollen von älteren Kindern getrennt behandelt werden; die Säle sollen verhältnismäßig klein sein, aber die Isolierung in kleinen Zimmern ist bei nichtinfektiösen Fällen unnötig. Glasverschläge sind wegen der Beleuchtung und Übersichtlichkeit bei Isolierzimmern sehr zu empfehlen, die Ventilation dieser Kammern läßt indes manchmal viel zu wünschen übrig, und diese Einrichtung muß bisher als provisorisch betrachtet werden. Verf. zieht die deutschen Einrichtungen den französischen vor. Wachenheim.

Berichte.

Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien (Pädiatrische Sektion).

Sitzung vom 11. Jänner 1912.

Fritz Magyar: *„Erythema toxicum nach Oleum lauri"*.

5 Geschwister einer Familie zeigten nach Anwendung von Oleum lauri (Einreibung der Kopfhaut zur Förderung des Haarwuchses) analoge Veränderungen: intensive Rötung des Gesichtes, hochgradige Schwellung der Haut mit mächtigem Ödem der Lider und der Ohren. Am nächsten Tag entstand ein Erythem der Ober- und Vorderarme. Die Symptome gingen innerhalb 2 Wochen völlig zurück.

K. Leiner: *„2 jähriges Kind mit spitzen Kondylomen"*.

Sie entwickelten sich ohne gonorrhöische Grundlage an der Analfalte, am Perineum und den großen Labien. Sie bestehen aus kleinen, durchscheinend warzenähnlichen Effloreszenzen, daneben finden sich auch größere blumenkohlartige Geschwülstchen oder flachgedrückte, hahnenkammartige Bildungen. Für die Entstehung der Kondylome in diesem Falle dürfte ein in der Kreuzbeingegend lokalisiertes chronisches nässendes Exzem in Betracht kommen.

H. Koch: *„Periodische Okulomotoriuslähmung bei einem 10 Jahre alten Knaben"*.

Das Kind kam wegen einer kruppösen Pneumonie zur Aufnahme. Dabei waren die Augenmuskelbewegungen beiderseits frei. Die rechte Lidspalte weiter, die rechte Pupille weit, lichtstarr. 3 Tage nach der Krise trat unter heftigen, auf der rechten Kopfhälfte lokalisierten Schmerzen und starkem Tränenfluß des rechten Auges eine komplette rechtsseitige Okulomotoriuslähmung auf. Die Schmerzen verschwanden nach 24 Stunden. Die Lähmungserscheinungen hielten durch 4 bis 5 Wochen an. Nur die Ptosis besserte sich nach 48 Stunden ein wenig.

Anamnestisch ließ sich eruieren, daß Patient im Alter von 16 bis 18 Monaten an Stimmritzenkrämpfen gelitten hat. Zur Zeit des Schulbesuches begannen Kopfschmerzen mit bis 3wöchentlichen Intervallen, hie und da begleitet von Erbrechen. Manchmal, besonders in der letzten Zeit, bemerkten die Eltern, daß nach einem derartigen Anfalle Lähmungserscheinungen besprochener Art auftraten.

Hecht und **Sperk:** *„Echte Bradykardie nach Diphtherie durch partiellen Herzblock"* (elektrokardiographisch nachgewiesen).

3 Jahre altes Kind mit mäßiger Larynxstenose, das schon vom 3. Krankheitstage ab einen Puls von 70 zeigte. Die Pulsfrequenz sank bald auf 50 und hielt sich meist zwischen 50 und 60 Schlägen. Die Herzdämpfung war verbreitert. Hecht konnte elektrokardiographisch nachweisen, daß nur jede zweite Vorhofsystole auf den Ventrikel überging (Halbrhythmus). Auch in der Venenkurve kann man stets 2 Vorhofswellen auf eine Ventrikelwelle sehen. Nach Injektion von $^3/_4$ mg Atropin sieht Hecht die Zahl der Ventrikelsystolen auf 160 hinaufsteigen, die Ventrikelsystolen nehmen entsprechend dem partiellen Herzblock auf 80 zu. Die Diphtherietoxinschädigung, muß also im Leitungsbündel gelegen sein. In solchen Fällen ist Digitalis kontraindiziert, dagegen Atropin am Platze.

Jehle bemerkt, daß er vor kurzem einen Fall von postdiphtherischer Myokarditis beobachtet hat, bei dem am 7. Tage der

Erkrankung die Pulszahl 28, später 22 und endlich nur 18 betrug. Das Kind zeigte hochgradige Blässe und Mattigkeit. Exitus nach 24 Stunden.

Hecht erwidert, daß es sich im Falle Jehles mit allergrößter Wahrscheinlichkeit um Dissoziation, also Kammerautomatie, gehandelt hat. In diesem Falle sei eine vollständige Unterbrechung des Hisschen Bündels anzunehmen.

Emil Fröschels: *„Fälle von nervösen Sprachstörungen"*.

a) Hysterischer Mutismus bei einem 7 Jahre alten Mädchen.

Vor 3 Jahren stürzte sich ein Knabe im Spiel mit einem erhobenen Messer auf das Kind. Während der nächsten Wochen fiel es wiederholt zu Boden und schrie: „Vater, nicht stechen!" Bei einem derartigen Anfall begann Patientin zu stottern. Das Stottern nahm in der Folge zu. Das Kind wurde immer wortkarger und hörte vor 3 Jahren zu sprechen auf. Sprachverständnis war aber einige Zeit noch vorhanden. Das Kind führte alle Aufträge aus. Auch dieses Sprachverständnis nahm ab und seit einem Jahre reagiert das Kind auf Aufforderungen und auf Aufträge nicht mehr, es sei denn, daß man ihm durch Deuten zu verstehen gibt, was man will. Das Benehmen des Kindes ist ganz vernünftig. Taubheit als Ursache der Stummheit konnte ausgeschlossen werden. Die zweite Möglichkeit; Mutismus wegen Stotterns ist auch unwahrscheinlich. Die Diagnose Hysterie wurde dadurch gestützt, daß das Mädchen nach einer Ohrfeige sofort vorgesprochene Silben nachsprach.

b) Funktionelle Sprachstörung bei einem 6jährigen Knaben nach alternierender Hemiplegie.

Im Alter von 1 Jahr zerebraler Prozeß, als dessen Rest man heute eine leichte spastische Parese der rechten Extremitäten und eine kaum merkliche Fazialisparese links erkennen kann. Die Läsion mußte also den Hirnstamm befallen haben. Vor einem Jahre bekam Fröschels das Kind zur Behandlung, weil es seit 14 Tagen immer weniger und zum Schluß gar nichts mehr sprach. Es lag anfänglich der Gedanke nahe, den alten Hirnprozeß mit der Sprachstörung in Zusammenhang zu bringen. Das war aber nicht möglich, weil die Sprachmuskeln und das Sprachverständnis vollständig intakt waren. Fröschels nahm daher eine funktionelle Störung an. Der Erfolg einer 14tägigen Therapie, die lediglich im Aufmuntern zum Sprechen bestand, bestätigte die Diagnose. Der Knabe sprach alles normal. Im Dezember vorigen Jahres begann das Kind singend zu sprechen und vor zirka 3 Wochen zu stottern. Auch für das Stottern nimmt Fröschels eine funktionelle Störung an.

c) Motorische Aphasie nach Scharlach bei einem 7 Jahre alten Mädchen.

Während der Scharlacherkrankung hohes Fieber, Nephritis und eines Tages plötzlich apoplektischer Anfall mit Lähmung der rechten Extremitäten und motorische Aphasie. Die Lähmung der Extremitäten ging rasch zurück, auch die Sprachlähmung besserte sich so weit, daß Patientin stammeln konnte. Die Therapie bestand im Einüben fehlender Laute, wobei man für die mit dem Auge nicht wahrnehmbare Stellung der Mundorgane das Tastgefühl des Patienten zu Hilfe nahm, eventuell Laute vor dem Spiegel einübte. Auf diese Weise hat sich die Sprachstörung der Patienten wesentlich gebessert.

Sitzung am 25. Jänner 1912.

A. v. Reuß: *„Kongenitale Hautdefekte am Schädel eines Säuglings"*.

Auf der Scheitelhöhe des 7 Wochen alten Kindes sieht man eine haarlose Stelle, in deren Zentrum zwei konfluierende, rundliche, frische Narben sichtbar sind. Am 5. Lebenstage fanden sich an dieser Stelle zwei fast kreisrunde Substanzverluste, deren Grund von schwärzlich-braunen Borken gebildet war. Als Ursache dieser Weichteildefekte werden jetzt allgemein amnio-fötale Verwachsungen angenommen.

Swoboda bemerkt, daß solche Narben oft auch als Rest intrauterin vorhanden gewesener Angiome aufzufassen sind.

Ernst Mayerhofer: *„Ein Fall von geheilter Rumination bei einem 7 Monate alten Säugling"*.

Der nervös und nervös belastete Säugling zeigt im Anschlusse an eine Magendarmstörung nach Abstillen typisches Ruminieren. Der Zustand führte zur Inanition, so daß das Kind im 7. Monat 3690 g wog. Kein Pylorusspasmus. Breiige Nahrung wurde ohne Rumination vertragen und diese Nahrung daher zur Therapie benutzt. In 6 Wochen nahm Patient fast 3 kg zu.

Sluka berichtet über eine ähnliche Beobachtung von Rumination. Beginn im 8. Monate nach einem Magendarmkatarrh, der trotz vielfacher Therapie sich scheinbar nicht besserte, das Ruminieren wurde als Erbrechen aufgefaßt und das Kind mit diätetischen Maßnahmen geplagt, so daß das Kind im Alter von 14 Monaten pro die 500 g $^2/_3$ Milch und 2 Stück Zwieback bekam. Das Kind war dementsprechend stark abgemagert und wog mit 14 Monaten nur 6130 g. Auch hier sistierte das Ruminieren auf reichliche Ernährung. In 14 Tagen nahm Patient um $2^1/_4$ kg zu.

Herbert Koch: *„Fall eines makulösen Exanthems bei Diabetes mellitus"*.

Schwerer Diabetes mit eigentümlichem Exanthem aus erbsen- bis bohnengroßen kreisrunden oder ovalen makulösen Effloreszenzen zusammengesetzt, die einen bläulich-lividen Farbenton besitzen (ähnlich wie Maculae caeruleae). In der Mitte der Mehrzahl der Effloreszenzen war ein hellrotes winziges Pünktchen zu sehen. Die Ausbreitung des Exanthems erstreckte sich über den Stamm, die oberen und unteren Extremitäten. In wenigen Tagen Abblassen des Exanthems. Anfangs dachte man an Flohstiche. Künstlich erzeugte Flohstiche zeigten aber nicht derartigen Verlauf. Koch hat einen viel intensiveren Fall vor einem Jahre bei einem schweren Diabetiker beobachtet. Sollten diese Effloreszenzen doch durch irgend welche äußere Einflüsse (Insektenstiche) entstanden sein, so ist doch die Reaktion ganz eigentümlich. Eine andere Erklärung wäre die, daß es sich um ein toxisches Exanthem handelt, dessen Ätiologie man in dem Diabetes selbst zu suchen hätte.

In der nächsten Sitzung (vom 22. Februar 1912) zeigt Koch neuerlich den Fall mit frischen Flecken.

Zatelli hat unterdes einen ähnlichen Fall gesehen und berichtet unter Vorzeigen einer Abbildung über denselben. Auch Novaček aus Zólyom meldet brieflich über die Beobachtung eines analogen Falles bei einem Diabetiker im Alter von 16 Jahren.

Edmund Nobel: *„Ein Fall von Arthritis chronica progressiva"*.

Das 8jährige Mädchen erkrankte um Weihnachten 1910 mit Fieber und starken Schmerzen im rechten Handgelenk und Nacken. Unter anhaltendem Fieber schwoll auch das linke Handgelenk an, worauf die Schmerzen nachließen. Unter vorangehenden neuerlichen Schmerzanfällen und nachfolgender Schwellung mit gleichzeitigem Fieber und

starken Nachtschweißen ergriff die Erkrankung weiterhin zuerst das rechte, dann das linke Fußgelenk, beide Kniegelenke, zum Schlusse das rechte Hüftgelenk. Die Schwellungen in den Gelenken nahmen nach wiederholten Schmerzattacken noch weiter zu. Dabei war die Beweglichkeit der befallenen Gelenke vielfach relativ gut. Seit März 1911 ist Patientin ans Bett gefesselt. Seit Jänner 1911 wurden die Knochen dünner. In diesem Monate Pirquet +. Wassermann negativ.

Der klinische Befund ergibt das typische Bild der Arthritis chronica progressiva. Auffallend ist eine starke Schwellung fast sämtlicher Lymphdrüsen. Die Röntgenbilder zeigen neben hochgradiger Atrophie eigentümliche periostale Auflagerungen an den Phalangealknochen.

Nobel erörtert die Differentialdiagnose des Falles, bespricht auch die Möglichkeit der Annahme eines tuberkulösen Gelenkrheumatismus. Das Kind wurde neuerdings in die Klinik aufgenommen, um Radiumbehandlung einzuleiten.

Spieler hält den Fall für tuberkulösen Gelenkrheumatismus im Sinne von Poncet. Bauer bemerkt, daß bei einem analogen Fall eine 4 Wochen dauernde Behandlung mit Radium-Trink- und -Badekur ohne Erfolg war.

Hans Januschke: *„Allgemeines Tuberkulid nach Masern bei einem 2jährigen Kind."*

Vor 2 Monaten Masern, danach rapide Zunahme der tuberkulösen Veränderungen in den Lungen. Dabei traten auf der äußeren Haut allenthalben papulosquamöse Tuberkulide von 2 bis 6 mm Größe auf, besonders reichlich in der Lendengegend, am Gesäß und an den unteren Extremitäten.

Zappert: *„Einige Befunde an Spinalganglien von Kindern."*

Es wird das normale Bild der Spinalganglien umgrenzt, wobei einzelne Befunde, die bisher in der Pathologie der Spinalganglien als pathologisch hingestellt worden waren, in den Bereich des Nichtkrankhaften eingereiht wurden. Die v. Petersschen Befunde bei Tetanie werden abgelehnt, die Zellenkolonien von Sibelius in ihrer Bedeutung als Zeichen einer Entwicklungsstörung gewürdigt, hingegen als Begleitmerkmal der hereditären Lues nicht in vollem Sinne von Sibelius akzeptiert. Dagegen scheinen in pathologischen Fällen Schwellungen der Ganglienzellen mit sekundärer Kolonienbildung vorzukommen. Auch das Vorhandensein einer Rundzelleninfiltration bei Meningitis- und Masernfällen scheint dem Vortragenden sehr wahrscheinlich. Ein zwei Jahre nach der Infektion verstorbener Poliomyelitisfall zeigte Reste einer Entzündung in den Spinalganglien. Schließlich gibt Vortragender einige Ausblicke auf die Möglichkeit einer klinischen Pathologie der Spinalganglien im Kindesalter.

Bauer: *„Über Intrakutanreaktion."*

Das Studium der von Fukuhara beim Kaninchen, von Esch beim Menschen beschriebenen Intrakutanreaktion mit Serum nach vorheriger Serumbehandlung ergab für die Theorie der Kutanreaktion folgende Resultate: Die Reaktion beginnt und verläuft parallel der Antikörperbildung und ist im allgemeinen am stärksten bei vollentwickelter Serumkrankheit. Nur in einem solchen unter 6 Fällen war sie negativ. Bei einer anderen früh einsetzenden allgemein urtikariellen Serumerkrankung bewies das Fehlen von Intrakutanreaktion und Antikörperbildung den nicht anaphylaktischen Charakter (Pirquet und Schick) dieser Erscheinung. Verschiedene Sera geben, wenn sie verschiedene Giftigkeit für den Menschen haben, beim Empfindlichen auch

verschieden intensive intrakutane Lokalreaktion, was vielleicht der Serumgiftigkeit (antigenen Kraft) zugeschrieben werden kann. Die Beobachtungen beweisen, daß die intrakutane Reaktion bei Serumkrankheit auf echter Anaphylaxie beruht.

Pollak bemerkt, daß Hamburger und er vor $1^1/_4$ Jahren analoge Versuche veröffentlicht haben. Pirquet weist bezüglich der Priorität daraufhin, daß ganz ähnliche Versuche, wie von Hamburger und Pollak sowie Bauer, von Pirquet und Schick gemacht wurden und in der Serumkrankheit ausführlich beschrieben wurden, nur sei damals nicht intrakutan, sondern subkutan injiziert worden.

Die Anaphylaxie hält Pirquet nach den Untersuchungen von Bessau an seiner Breslauer Klinik für einen nicht spezifischen Vergiftungszustand, der durch Anaphylatoxin oder Apotoxin und durch verschiedene Gifte hervorgerufen wird.

Hecht: *„Postdiphtherische Herzstörung elektrokardiographisch verfolgt"*.

Ein 7 Jahre altes Mädchen zeigte im Verlaufe einer schweren Rachendiphtherie zur kritischen Zeit typische Symptome einer Herzschädigung: Dilatation des Herzens, exquisiten Galoppрhythmus, Lebervergrößerung, Blässe des Gesichts, Mattigkeit. Daneben bestand auch Gaumensegellähmung. Auf der Höhe der Herzschädigung ergab die elektrokardiographische Untersuchung eine hochgradige Störung im Leitungssystem: inkomplette Dissoziation, gleichzeitige Kontraktion von Vorhof und Ventrikel. Die Reize zur Auslösung gleichzeitiger Kontraktion beider Herzabschnitte dürften von einem in der Gegend des Tawaraknotens gelegenen myokarditischen Herd ausgehen. Trotzdem diese schwere Störung einen schlechten Ausgang befürchten ließ, bildeten sich die Herzsymptome, wenn auch nur außerordentlich langsam zurück, die Schlagfolge des Herzens wurde wieder normal, ebenso das Elektrokardiogramm. In der Übergangszeit zeigten sich Arhythmien durch Extrasystolen bedingt, die von verschiedenen Stellen des Herzens, einmal vom Vorhof, das andere Mal vom Ventrikel ausgelöst wurden. (Das Kind, das sich jetzt, Mai, noch in der Klinik befindet, ist vollständig hergestellt. Ref.)

Sitzung am 22. Februar 1912.

Richard Lederer: *„Familiäre spastische Paraplegie bei 3 Geschwistern"*.

Identische Krankheitsbilder bei einem 11 Jahre alten Mädchen und bei zwei 6 respektive 7jährigen Knaben. Die Erkrankung begann im 2. bis 4. Lebensjahre schleichend mit Steiferwerden der Beine bis zur vollständigen Gehunfähigkeit, Auftreten von Sprachstörung, Nystagmus, Zurückbleiben der geistigen Entwicklung. Bei der Aufnahme fand sich Paraplegie der unteren Extremitäten mit hochgradigen Spasmen und starker Steigerung der Reflexerregbarkeit.

Das Mädchen starb an einem interkurrent schweren Erysipel. Das Gehirn erschien mikrospopisch normal, das Rückenmark atrophisch; mikroskopisch zeigte sich sowohl im Gehirn als auch im Rückenmark ein Defekt an Zellen und Fasern, ferner zahlreiche unentwickelte Formen von Ganglienzellen, so daß man von einer weitgehenden Entwicklungshemmung des Zentralnervensystems sprechen kann. Keine Zeichen von Degeneration.

R. Pollak: *„Erworbenes Myxödem im Kindesalter"*.

8jähriges Mädchen, 92 cm lang, Haut trocken, leicht schuppend. Im Bereiche der Brusthaut und den Supraklavikulargruben polsterartige

Vorwölbungen. Haare spröd, die Nase an der Wurzel eingesunken. Die Zunge plumper als normal. Am Röntgenogramm der Hand drei Knochenkerne (entsprechend dem Alter von 3 Jahren). Das Kind hat ferner subnormale Temperatur, eine Pulsfrequenz von 70 bis 80, es besteht Obstipation. Die Assimiliationsgrenze für Zucker nicht verändert Auffallend, daß beim Kind die große Fontanelle vollständig geschlossen ist, ferner, daß das Milchgebiß vollständig komplett ist, endlich ist die Intelligenz nicht wesentlich gestört.

Anamnestisch ergibt sich, daß das Kind mit $1^1/_2$ Jahren, wie die Photographie zeigt, keine Spur von Myxödem zeigte, daß es mit 2 Jahren alles sprach. Es handelt sich also im vorgestellten Fall sicher um ein erworbenes Myxödem.

K. Friedjung: *„Bronchialdrüsentuberkulose mit Tumor cerebri (Tuberkel) bei einem 5 Monate alten Kinde".*

Mutter des Kindes gesund. Der Vater hustet seit vielen Jahren, seit 3 Jahren ist er heiser und leidet an Schlingschmerzen. Das Kind begann vor 5 Wochen zu husten, ist seitdem blaß geworden und schlecht gediehen. Vor 3 Wochen zum ersten Male untersucht, zeigte es die typischen Symptome einer Bronchialdrüsentuberkulose (typischer Husten, exspiratorisches Keuchen, leichter Exophthalmus.) Vor einer Woche wurden vereinzelte Tuberkulide und Strabismus convergens des linken Auges beobachtet. Der Ophthalmologe konstatierte eine Parese des Rectus super. und Obliqu. infer. und leichte Parese des Abduzens links. Keine ausgesprochene Stauungspapille. Die Lähmungserscheinungen nahmen noch zu, es trat endlich auch leichte Parese des linken Fazialis auf. Pirquetreaktion konnte bisher noch nicht gemacht werden.

Friedjung macht darauf aufmerksam, daß hier ohne Zweifel auf dem Blutwege tuberkulöse Metastasen entstanden sind. Ein so langsamer Verlauf der Tuberkulose im Säuglingsalter ist selten, im späteren Alter häufiger.

Marburg hat einen ähnlichen Fall beobachtet. Durch Spinalpunktion ließ sich mit Sicherheit Meningitis ausschließen. Kutanreaktion positiv.

Egon Rach: *„Ein Fall von eigentnmlichem Ausschlag* (Akrodermatitis atrophicans).

Ein $7^1/_2$jähriges Mädchen zeigte diesen Ausschlag an Hand. und Fußrücken, Waden, an den Streckseiten der Oberarme und am Gesäß. Ganz wenige Effloreszenzen sieht man im Gesicht und an den Ohrmuscheln. Der Ausschlag besteht aus dichtstehenden bis bohnengroßen Flecken oder mehr oder weniger erhabenen Knötchen. Die Effloreszenzen beginnen in Form von juckenden Quaddeln mit hämorrhagischer Peripherie; sie werden später zitronengelb oder auch dunkelbraun, sogar violett, schließlich schuppen sie oder werden in ihrem Zentrum durch Atrophie glänzend feinrunzelig. Diese Erkrankung besteht seit Juli 1910. Im Sommer 1911 war der Ausschlag vollständig verschwunden. Abends schwellen die Hände und Füße mitunter sehr stark an, so daß einige Male notwendig wurde, zur Entkleidung die Ärmel aufzuschneiden.

Die Erkrankung wurde von Dermatologen als Akrodermatitis atrophicans bezeichnet. Dieser Deutung schließt sich Nobl in der Diskussion an.

Pirquet bemerkt als auffällig, daß die Tuberkulinreaktion stark positiv ausfiel und daß dieTuberkulinreaktion das Aussehen der Hauterkrankung annimmt, so daß man daran deneken könnte, daß die Erkrankung mit Tuberkulose etwas zu tun hat. Nobl erwidert, daß die Beziehungen der Erkrankung zur Tuberkulose wiederholt schon erörtert wurden, aber nicht sichergestellt sind.

Egon Rach: *„Ein Fall von Myxödem".*

Klassischer Fall bei einem nunmehr 5 Jahre alten Mädchen. Es ist 9 kg schwer, 71 cm lang, ist in 4 Jahren nur um 11 cm gewachsen. Neben den typischen Symptomen ist auffallend eine Hypertonie der gesamten Muskulatur. Knochenkerne der Handwurzelknochen fehlen völlig.

Felix Bauer: *„Affektepileptische Anfälle bei einem 16 Monate alten Säugling".*

Das Kind zeigte im 8. Monate folgende Anfälle: Wenn sein Ärger eine gewisse Höhe erreicht hat, wirft sich das Kind nach einigem Weinen und Schreien nieder, es erfolgt Atemstillstand und unter Zyanose und mäßiger Starre des ganzen Körpers tritt vollkommene Bewußtlosigkeit ein, die $^1/_2$ bis $^1/_4$ Minute dauert. Das Kind inspiriert dann tief und kommt zu sich, ist aber kürzere oder längere Zeit apathisch. Durch größere Bromgaben (3 mal 0·5) wurde die Erregbarkeit deutlich geringer, die Anfälle schwanden fast. Elektrische Erregbarkeit normal. Das Krankheitsbild entspricht im allgemeinen dem von Bratz in jüngster Zeit ausführlich beschriebenen affektepileptischen Attacken, die von echter Epilepsie zu trennen sind. Im vorliegenden Falle wird die Epilepsie durch den weiteren Verlauf der Erkrankung ausgeschlossen werden können. Das Kind zeigte ein zweifellos psychopathisches Symitom; es verzehrt fortwährend das Bettzeug, das ihm erreichbar ist, vom Hemd bis zum Wachstuch.

Gegenüber Kassowitz, der wegen vorhandener Rachitis Phosphorbehandlung empfiehlt und das Krankheitsbild als exspiratorische Apnöe bei Rachitis bezeichnet, bemerkt Bauer, daß Phosphorlebertran, durch mehrere Wochen verabreicht, ohne Einfluß auf die Anfälle war.

Sitzung vom 21. März 1912.

Silberknopf: *„Intrauterin abgelaufene Pneumonie bei einem 8 Monate alten Kinde.*

Das Kind war schon seit der Geburt infolge seiner frequenten Atmung (80 bis 100) auffällig. Bei der Untersuchung ergibt sich, daß im Bereiche des linken Oberlappens rückwärts Dämpfung vorhanden ist. Das Herz erscheint nach links verzogen, was durch die Röntgenaufnahme bestätigt wurde. Die Verziehung des Herzens dürfte auf. Schrumpfung der Lunge beruhen. Kein Fieber. Das Kind fühlt sich wohl.

E. Rossiwall: *„Lichen scrofulosorum bei einem 8 jährigen Knaben".*

Die ungemein intensive Erkrankung entstand wenige Tage nach Beginn einer Pleuritis.

Knöpfelmacher: *„Vakzineinfektion an den Augenlidern bei einem 6 jährigen Mädchen".*

Das Kind wurde vor 11 Tagen geimpft, am rechten Unterlide fand sich eine intensive Schwellung und Rötung, in deren Zentrum eine Vakzinepustel zu sehen war. Anschließend an diesen Fall bespricht Knöpfelmacher die Vorzüge der subkutanen Impfung bei gewissen Fällen, (Ekzem, Prurigo) und weist darauf hin, daß bei Injektion von bei 58° avirulent gemachter Lymphe noch Abszesse zur Beobachtung gelangen können. Man muß daher die Lymphe höher erwärmen. Die Diagnose einer fraglichen Vakzine wird durch Kornealimpfung eines Kaninchens erbracht.

Rach: *„Röntgenbilder aufgenommen mit dem „Unipulsapparat".* Ausgezeichnete Aufnahmen, gewonnen mit einem Apparat, der neben Zeitaufnahmen auch Momentaufnahmen gestattet. Bei der starken Intensität des beim Einzelschlag zur Entwicklung gelangenden Röntgenlichtes können Aufnahmen bei einer Expositionsdauer von $^1/_{100}$ Sekunde gemacht werden, wobei ein Verstärkungsschirm zur Anwendung gelangt. Für Aufnahme von Kindern und besonders Säuglingen eignet sich dieser Apparat ganz vorzüglich, da die Ruhigstellung eines Kindes große Schwierigkeiten bereitet. Schick (Wien).

Gemeinsame Tagung der Vereinigungen niederrheinisch-westfälischer und südwestdeutscher Kinderärzte. Wiesbaden, 14. April 1912.

Vorsitzende: Schloßmann, Salge.
Berichterstatter: O. Aronade (Kattowitz).

1. **Blumenfeld** (Wiesbaden): *„Indikationen zur Adenotomie bei Kindern".*

Die Entfernung der Rachenmandel bei Kindern ist nicht allein abhängig von der Größe derselben. Ganz große Mandeln, welche die Atmung der Nase total verlegen, dürften in allen Fällen zu entfernen sein. Auch gilt die gleiche Indikationsstellung nicht für alle Lebensalter. Bei Kindern unter einem Jahre, bei denen stark vergrößerte Rachenmandeln überhaupt selten sind, sollte nur dann operiert werden, wenn entweder eine direkte Gefahr für das Ohr besteht oder wenn die Ernährung dadurch beeinträchtigt wird, daß die Kinder infolge absoluten Verschlusses der Nase und der dadurch sich ergebenden Erschwerung des Saugens in ihrer Ernährung bedroht sind. Bei älteren Kindern kommen hauptsächlich zwei Gesichtspunkte in Betracht: 1. Die Einwirkung der vergrößerten Rachenmandel auf die Nachbarorgane. Bei Kindern, die schwerhörig sind, und bei denen sich das Trommelfell dauernd eingezogen zeigt, wird man mit der Operation nicht zögern können. Ebenso bei solchen, die an Otitis media leiden oder auch nur an wiederholten Katarrhen der Paukenhöhle, ferner bei erheblicher Schleimbildung in Rachen und Nase. 2. Ebenso wichtig für die Indikationsstellung ist die Rolle, welche die vergrößerte Rachenmandel für die allgemeine Infektion spielt. Es kommt dabei in erster Linie die Tuberkulose in Betracht. Vortr. hat bei 50 Fällen von zum größten Teil röntgenologisch nachgewiesenen, daneben physikalisch deutlich nachweisbaren Vergrößerungen der Endothorakaldrüsen nur in einem einzigen Falle eine Vergrößerung der Rachenmandel vermißt. Gleichzeitig waren in allen Fällen die zervikalen Halslymphdrüsen mehr oder weniger stark geschwollen. Das Krankheitsbild, welches sich darbietet, ist das einer Systemerkrankung der Lymphdrüsen des Thorax, des Halses und des lymphatischen Rachenringes. Letzterer stellt die Eingangspforte dar. Darüber, daß die Infektion der Halslymphdrüsen vom Rachenring aus erfolgt, besteht keinerlei Diskussion, hingegen wird die Möglichkeit, daß die tuberkulöse Infektion der endothorakalen Drüsen, welche im kindlichen Alter vor der Infektion der Lunge beobachtet wird, und die ohne eine tuberkulöse Erkrankung der Lunge bestehen kann, im wesentlichen mit zwei Gründen bestritten: 1. Soll zwischen dem Lymphgefäßsystem des Halses und den mediastinalen und peribronchialen Lymphdrüsen keine direkte anatomische Ver-

bindung bestehen. Die endothorakalen Drüsen sollen lediglich als die regionären Drüsen der Lunge betrachtet werden. Es besteht aber die Möglichkeit, daß die Tuberkelbazillen von den Halslymphdrüsen aus in das Blut übergehen, so in die Lunge gelangen und, ohne dort Erscheinungen zu machen, in die Bronchialdrüsen gelangen. 2. Die Tierversuche Beitzkes u. a. können zu direkten Schlüssen auf die menschliche Pathogenese nicht verwandt werden, da sich der weitere Verlauf der Infektion beim Tier überhaupt ganz anders gestaltet als im menschlichen Organismus. Auch gelang es Wileminsky, vom Rachen aus Infektionen der endothorakalen Drüsen zu erzeugen. Das Krankheitsbild ist daher als deszendierende Lymphdrüsentuberkulose aufzufassen, es stellt sich klinisch als eine chronisch verlaufende, mit vermehrter Sekretion der Bronchialschleimhaut und paroxysmalem Fieber einhergehende Erkrankung dar. Die genannten Fieberanfälle sind aufzufassen als Überempfindlichkeitserscheinungen, die hervorgerufen werden durch neue sekundäre Infektionen der Rachenmandeln. Um über diese Punkte Klarheit zu bekommen, hat Vortragender eine Reihe von 10 Kindern mit endothorakalen Drüsen zunächst nur allgemein behandelt, ohne die Rachenmandel zu entfernen. Die Folge war ausnahmslos, daß diese Kinder weiter in unregelmäßigen Abständen fieberten und Erscheinungen von Bronchitis zeigten. Zugleich oder meistens sogar schon vorher waren akute katarrhalische Anginen vorhanden. Diese Zustände hörten erst nach Adenotomie auf. Die gedachte Lymphdrüsenerkrankung ist daher als absolute Indikation zur Adenotomie zu betrachten, auch wenn die Rachenmandel nur mäßig vergrößert ist. 3. Von geringerer Bedeutung für die Indikationsstellung sind die sogenannten Fernwirkungen, Enuresis nocturna, Pavor, Asthma usw.

2. **Czerny** (Straßburg): *„Pathologie der Muskulatur des Kindes"*.

Neugeborene bringen eine quantitativ und qualitativ verschiedene Muskulatur zur Welt. Es können Unterschiede in verschiedenen Muskelgruppen vorhanden sein. Die Untersuchung wird durch den normalen Fettgehalt sowie durch den Mangel an Muskelaktionen erschwert. Bei der Prüfung des Greifreflexes, der bei jedem Neugeborenen vorhanden ist, findet man erhebliche Unterschiede. Unter Hunderten heben nur wenige den eigenen Körper an dem umklammerten Finger in die Höhe. Eine andere Art der Untersuchung besteht darin, daß man das Kind am Rücken unterstützt und aufhebt; manche Kinder behalten hierbei ihre kyphotische Haltung.

Bisher ist von Muskelanomalien beim Säugling nur die von Oppenheim treffend beschriebene Myatonia congenita bekannt, dieses Gebiet der Pathologie sollte von Kinderärzten weiter ausgebaut werden.

Die Unfähigkeit zu sitzen wird oft fälschlich mit der Rachitis in Zusammenhang gebracht. Die Entwicklung der statischen Funktionen wurde zwar immer beachtet, weniger jedoch z. B. die Bauchdeckenspannung. Für die Beurteilung der Muskelanomalien kommen drei Momente in Betracht: 1. Vererbung, 2. Übung, 3. Ernährung. Vererbt wird nur die bei der Geburt vorhandene Muskulatur, nicht die erworbene. Ein Kind muskelarmer Eltern kann nie ein Athlet werden. Der Muskel wächst, wenn er gebraucht wird. Das normale Kind benutzt seine Muskeln, um etwas zu erreichen. Fehlt der Trieb zur Innervation, so bleibt die Muskelentwicklung zurück. So sind die als rachitisch bezeichneten Kinder oft — idiotisch. Vorübergehend können auch Krankheiten, z. B. Ernährungsstörungen, die Entwicklung der Muskulatur aufhalten. Mit Unrecht wird die frühzeitige Bewegung der Säuglinge gehindert. Es gibt Kinder, die von Hause aus schlechte Muskulatur haben und bei denen auch der Bewegungsdrang nicht dazu ausreicht, die Muskulatur zu entwickeln. Bei diesen Kindern finden sich häufig angeborene Anomalien, z. B. Plattfuß. Hier muß der Tonus

schon antenatal herabgesetzt gewesen sein. Die Behandlung muß auch hier in frühzeitigen Muskelübungen bestehen.

Schwache Bauchmuskulatur unterstützt das Zustandekommen von Meteorismus, der seinerseits auf die obere Brustapertur wirkt und die Atmung behindert. Die Störung in der Funktion des Zwerchfells tritt besonders bei nachgiebigen Rippen zutage.

Die Senkung des Brustkorbes nimmt im späteren Leben zu, den Ausschlag gibt jedoch die Zeit der ersten Aufrechthaltung des Körpers. Der Senkung des Thorax, besonders der oberen Brustapertur, wurde besondere Beachtung wegen der angeblichen Beziehung zur Spitzentuberkulose geschenkt. (W. A. Freund.) Messungen an der Straßburger Klinik ergaben jedoch, daß diese Senkung in der Zeit beginnt, in welcher das Kind stehen oder gehen lernt.

Schlechte Haltung wird durch schwache Rückenmuskulatur bedingt. Der runde Rücken entsteht im zweiten Lebensjahre. Internisten betonen immer mehr, daß Störungen, die man früher auf Herz oder Lungen bezogen hat, durch schlechte Haltung, d. h. durch schwache Muskulatur, hervorgerufen werden. Auf die Bedeutung der Lordose hat bisher nur Jehle hingewiesen. Auch die Enteroptose muß im frühesten Kindesalter entstanden sein. Einen Vorschlag zur Übungstherapie hat bisher nur Epstein mit seinem Schaukelstuhl gemacht; in demselben Sinne ist das Spielzeug „der fliegende Holländer" zu verwenden.

Schwierig ist die Entscheidung der Frage, ob man durch eine bestimmte Art der Ernährung die Muskulatur kräftigen kann. Die einzigen diese Frage betreffenden Versuche, die von Gregor, scheinen auf eine Überlegenheit der Kohlehydrate hinzudeuten. Das gilt auch für das spätere Alter. Die Vegetarier behaupten wenigstens, die muskelkräftigsten Individuen aufzuweisen. Nach der Ansicht des Vortragenden sind diejenigen Kinder die muskelärmsten, bei deren Ernährung die Kohlehydrate ausgeschaltet wurden.

Diskussion: Göppert (Göttingen) betont, daß in Göttingen und wohl auch anderwärts vom vierten bis fünften Monat ab systematische Übungen der Rückenmuskulatur ausgeführt werden. Auch er ist der Ansicht, daß alle Skoliosen im frühesten Kindesalter entstehen. Ferner weist er auf eine andere Haltungsanomalie hin, die durch schwache Rückenmuskulatur bedingt ist, den flachen Rücken. Die Bedeutung leichter Skoliose für Irrtümer bei der Spitzenperkussion wird erwähnt. Von enteroptotischen Zuständen ist dem Kinderarzt die Ptose der Milz und der Leben bekannt.

Rosenhaupt (Frankfurt a. M.) weist empfehlend auf das Büchlein „Kindersport" von Detlef Neumann (Neurode) hin. Er fragt, wodurch die Muskelkraft der Engländer bedingt sei, die doch weniger Kohlehydrate konsumierten.

Schloßmann (Düsseldorf) betont den Wert und die Notwendigkeit der Czernyschen Darlegungen für die Praxis. Das leider allgemein verbreitete Wickeln der Kinder tritt dem natürlichen Bewegungsdrang entgegen. Der Vorteil der Engländer in der Ernährung beruhe vor allem in der Mäßigkeit bei kohlehydratreicher Nahrung. Er stellt zwei Fragen an den Vortragenden: 1. Wie steht es mit dem Glykogengehalt der Muskulatur? Welche Muskeln halten Glykogen parat? 2. Wie können wir Indikationen finden, um den Glykogengehalt nicht zu übertreiben?

Guradze (Wiesbaden) erwähnt, daß die Orthopäden für frühzeitige Kriechbewegungen kleiner Kinder eintreten.

Riehn (Hannover) betont die Lagerung der Säuglinge auf harter Unterlage. Durch das Einsinken des Körpers in Federbetten wird besonders bei Muskelschwäche und Meteorismus das Entstehen von Wirbelsäuledeformationen begünstigt. Zum Studium der Enteroptose

sind besonders solche Kinder zu empfehlen, bei denen sich schon im ersten Lebensjahre die Costa decima fluctuans (Stiller) findet.

Neter (Mannheim) hat Obstipation häufiger bei Mädchen als bei Knaben beobachtet und bringt dieses Verhalten mit Unterschieden der Muskulatur in Zusammenhang. Er weist auf den Wert der Massage hin.

Großer (Frankfurt a. M.) hat von palpablen Organen beim Säugling fast immer das Coecum mobile gefunden. Auch der Magen macht größere Exkursionen als beim älteren Kinde.

Czerny (Schlußwort). Die von Göppert erwähnten Anomalien beruhen darauf, daß die Muskulatur partiell verschieden entwickelt sein kann. Die Fragestellung Schloßmanns ist berechtigt, über Einzelheiten kann erst weitere Arbeit auf dem bisher fast unbebauten Gebiete Aufschluß geben.

3. **Gernsheim** (Worms): *„Ein Fall von generalisierter Angiomatose"*.

Mitteilung eines Falles von systematisierter Angiomatose bei einem Neugeborenen mit einem Geburtsgewichte von 5000 g. Das Kind nahm in den ersten zwei Wochen 800 g ab und konnte bei Muttermilch, Ammenmilch, Buttermilch nicht in die Höhe gebracht werden. Von der dritten Woche an schossen zahlreiche (etwa 100) hellrote Angiome an allen Stellen der Oberfläche auf. Unter zunehmender Lebervergrößerung ging das Kind, das in der letzten Zeit asthmaähnliche Anfälle gehabt hatte, in der 11. Lebenswoche zugrunde. Die Sektion ergab eine gewaltige Vergrößerung der Leber, die mit einer Unmenge bis kirschkerngroßer Geschwülste durchsetzt war. An der Milz wurde derselbe Befund erhoben. Das Herz war stark hypertrophisch. Die histologische Untersuchung ließ die Tumoren als echte Angiome (A. simplex, hypertrophicum, an den Rändern zum Teil cavernosum) erkennen.

4. **Lust** (Heidelberg): *„Zur Pathogenese der Barlowschen Krankheit"*.

An einem 18 Monate alten Kinde mit schwerster Barlowscher Krankheit, die seit vier Monaten bestand, hat Vortragender gemeinsam mit Klocmann zum ersten Male bei dieser Krankheit eingehendere Untersuchungen über den Ablauf des Stoffwechsels, speziell des Mineralstoffwechsels angestellt, es wurden die Kalk-, Phosphor-, Chlor- und Gesamtaschebilanzen aufgestellt. Zur Prüfung dieser Verhältnisse forderten die Fortschritte im Studium des Kalk- und Phosphorstoffwechsels bei der Rachitis auf, zu der die Barlowsche Krankheit einige, wenn auch lockere Beziehungen hat. Ferner ist es in neuerer Zeit gelungen, durch Fütterung phosphorarmer Nahrung an Hunde bei diesen ein Krankheitsbild zu erzeugen, dem bezüglich seiner histologischen Knochenveränderungen weitgehende Ähnlichkeit mit dem menschlichen Barlow zuerkannt werden muß. Bevor eine Identifizierung jedoch erlaubt ist, war es erforderlich, sich über den Phosphorumsatz bei dem Barlow des Kindes zu informieren. Die Untersuchungen wurden in drei Perioden von je vier Tagen vorgenommen. Der ersten Periode, im floriden Stadium, schloß sich eine zweite, drei Wochen später, im Stadium der Reparation, an. Die dritte fiel wiederum vier Wochen später in das Stadium der klinischen Heilung, die aber röntgenologisch nicht mit einer anatomischen Heilung identisch war. Die Nahrung war in allen drei Perioden die gleiche. Das Ergebnis war kurz folgendes: Im floriden Stadium zeigten sich nicht nur keine mangelhaften Aschenbilanzen, sondern sämtliche Retentionswerte waren vielmehr, verglichen mit normalen Ansatzzahlen, merklich erhöht. Am stärksten kam dies bei der Kalkbilanz zum Ausdruck. Im Gegensatz hierzu wurden im Reparationsstadium alle Aschenbilanzen stark negativ,

als wollte sich der Organismus jetzt eines Depots überschüssigen Materials entledigen, zu dessen Eliminierung er im Blütestadium der Erkrankung nicht fähig gewesen war.

Diese mangelhaften Retentionswerte zogen sich auch noch ins Stadium der klinischen Heilung hinein, wenn auch hier die Tendenz zu normalen Ansatzwerten deutlich zutage trat.

Für die Annahme eines primären oder sekundären Salzmangels in der Pathogenese der Barlowschen Krankheit besteht also nach bisherigen Untersuchungen kein Anhalt. Eher könnte man an eine Störung der Salzelimination denken, wenn sich auch aus einem Stoffwechselversuche nicht entscheiden läßt, ob eine solche primär oder nur als Begleiterscheinung einer uns unbekannten Störung aufzufassen ist. Schließlich wurde die weitgehende Übereinstimmung der Stoffwechselversuche mit den Befunden der pathologischen Anatomie und der Röntgenologie festgestellt.

Diskussion: Kleinschmidt (Marburg) erwähnt, daß er einen Barlow bei Ernährung mit Perhydrolmilch beobachtet hat.

Köppe (Gießen): In der Perhydrolmilch sind die Fermente vernichtet.

Salge (Freiburg i. B.) fragt, wie der Stoffwechselversuch von dem Kinde vertragen wurde.

Lust (Schlußwort). Das Kind wurde in der Schwebe wesentlich ruhiger und hat sich während des ganzen Versuches sehr wohl befunden.

5. **Großer** (Frankfurt a. M.): „*Organische Phosphorverbindungen als Diaeletika*".

Untersuchungen, die Vortragender gemeinsam mit Husler ausgeführt hat, ergaben, daß die im Lezithin enthaltene Glyzerinphosphorsäure durch ein Ferment gespalten wird, das sich in Niere und Darmschleimhaut nachweisen ließ. Das Ferment ist auch in den Fäzes in reichlicher Menge vorhanden. Es wirkt nicht nur auf das synthetische Präparat, sondern auch auf die im Lezithin enthaltene, optisch aktive Säure, was dadurch nachgewiesen wurde, daß Vortragender es gleichzeitig mit Steapsin zu Lezithinemulsion zusetzte. Schon nach kurzer Zeit war freie Phosphorsäure nachweisbar. In den übrigen Organen ist das Ferment zum Teil gar nicht, zum Teil nur in geringen Mengen vorhanden. Vortragender glaubt hiermit den Beweis erbracht zu haben, daß das Lezithin vor seiner Resorption vollständig gespalten wird, und daß die in ihm enthaltene Phosphorsäure nicht gepaart, sondern als freies Ion zur Aufnahme gelangt. Dies Verhalten entspricht auch dem des Phytins, für das auch der Nachweis der Spaltung in Inosit und Phosphorsäure erbracht worden ist.

Vortragender hat ferner Versuche mit der subkutanen Zufuhr von Kalksalzen gemacht. Er hat rachitischen Kindern glyzerinphosphorsauren Kalk und andere Kalkpräparate subkutan zugeführt. Dabei zeigte sich, daß ersterer retiniert, letzterer aber vom Körper wieder abgegeben wurde. Die Versuche sind für weiter gehende Schlüsse noch zu wenig zahlreich; aus ihnen geht nur hervor, daß die Fähigkeit, Kalk zu retinieren, abhängig ist von der Art des zugeführten Salzes, wobei zu bemerken ist, daß sich bei oraler Einverleibung keine Unterschiede ergeben. Wir können also heute nicht nur für das Eisen, sondern auch für die Phosphorsäure behaupten, daß sie resorbiert und retiniert werden, und daß aus ihnen hochorganisierte Verbindungen gebildet werden, unabhängig von der chemischen Konstitution, in der sie in den Verdauungstraktus gelangen. Es haben also die Lezithinpräparate für den Phosphoransatz keine andere Bedeutung als phosphorsaure Salze. Hervorzuheben ist nur noch, daß ihre Resorption abhängig ist von der gesamten Ernährung. Ein Zuviel an Fett z. B. ver-

mindert den Ansatz und auch für das Eiweiß ist ein solcher Einfluß festgestellt, worauf bei der diätetischen Behandlung Rücksicht zu nehmen ist.

Diskussion: Göppert bemerkt, daß die erwähnten Versuche im Gegensatze zu den Heubnerschen Resultaten stehen. Heubners Hunde gingen bei der Ernährung mit anorganischen Phosphorpräparaten zugrunde.

6. **Guradze** (Wiesbaden): *„Demonstrationen aus dem Gebiete der orthopädischen Chirurgie".*

Vortragender bespricht die operativen Erfolge bei Genu varum, Klumpfuß und zerebraler Kinderlähmung (Forstersche und Stoffelsche Operation) und demonstriert Photographien und röntgenologische Aufnahmen.

7. **Kleinschmidt** (Marburg): *„Zur Frage der Wirksamkeit des Diphtherieserums bei Beteiligung des Nervensystems an der Erkrankung".*

Das Nervensystem stellt eine Prädilektionsstelle für den Angriff des Diphtherietoxins dar. Bei der postdiphtherischen Polyneuritis, der Diphtheria gravissima, der diphtherischen Herzschwäche und dem diphtherischen Marasmus ist klinisch eine Beteiligung des Nervensystems an der Erkrankung anzunehmen. Allen diesen Krankheitsformen ist die mangelhafte Beeinflußbarkeit durch die übliche Serumbehandlung gemeinsam. Erfolge werden nur bei Anwendung sehr hoher Dosen intravenöser oder intralumbaler Injektion berichtet. Durch die bisherigen experimentellen Untersuchungen ist nicht klargestellt, ob das Serum lediglich vor dem Nachschub neuen Giftes aus den Produktionsstätten schützt oder bereits an die Nervenzellen gebundenes Toxin wieder loszureißen vermag. Es wurde daher diese Frage im Reagensversuche angegangen, d. h. Toxin mit Gehirnemulsion (Meerschwein) zusammengebracht und nach der Bindung zugefügt. Zum Nachweis des Toxins diente P. H. Römers Intrakutanmethode. Es stellte sich heraus, daß sogleich nach der Bindung im Überschusse zugesetztes Antitoxin imstande ist, an die Gehirnzellen verankertes Gift wieder loszulösen. Kurze Schlußfolgerungen für die Praxis.

Diskussion: Hillebrecht (Mainz) weist auf einige technische Schwierigkeiten bei intravenösen Injektionen hin, die durch den Kollaps der Venen und die sofort eintretende blutige Imbibition des subkutanen Gewebes erschwert sind. Intralumbale Injektionen hält er, wenigstens bei späterer Herzschwäche, für gefährlich.

Cahen-Brach (Frankfurt a. M.) wirft die Frage auf, ob bei systematisch von vornherein durchgeführter Anwendung hoher Dosen von Heilserum weniger Fälle von Herztod zur Beobachtung kämen.

v. Mettenheimer und auf seine Anfrage Czerny weisen kurz auf die Bedeutung der Konstitution für den Verlauf der schweren Diphtheriefälle hin.

8. **Köppe** (Gießen): *„Über die Stillsche Krankheit".*

Die Erkrankung begann im Alter von zwei Jahren nach Masern und verlief unter dem Bilde eines polyartikulären Gelenkrheumatismus. Die Beurteilung wurde durch eine dauernde Dämpfung über der linken Lunge erschwert, so daß an Tuberkulose gedacht wurde. Beobachtungsdauer: ein Jahr. Die Sektion ergab keine Tuberkulose, aber auch keinen Anhaltspunkt für die Ätiologie der Erkrankung. Es ist in Deutschland der zweite unter diesem Namen beschriebene Fall mit Sektionsbericht, aus England sind mehrere Fälle bekannt geworden.

Diskussion: Göppert erwähnt zwei Fälle, die zeigen, daß von einem einheitlichen Krankheitsbilde nicht gesprochen werden kann.

In dem einen Falle wurde zuerst die Diagnose irrtümlich auf Spondylitis cervicalis, später auf Kniegelenktuberkulose gestellt, erst hierauf erkrankten die anderen Gelenke und das Perikard. In dem andern Falle kam es nach $^3/_4$jährigem Fieber und typischen Erscheinungen zu Gelenkauftreibungen und Luxation einer Hüfte. Nach etwa zwei Jahren heilte die Erkrankung und der Kopf des Femurs näherte sich der Pfanne wieder soweit, daß der Orthopäde die Reposition ablehnte.

Großer erkundigt sich nach dem Fieberverlauf, Neuhaus (Frankfurt a. M.) danach, ob bakteriologische Untersuchung ante oder post mortem ausgeführt wurde.

Czerny hält es nicht für angebracht, das wechselnde Krankheitsbild als Stillsche Krankheit abzugrenzen.

Köppe (Schlußwort): Das Fieber war durchaus unregelmäßig, bakteriologische Untersuchungen sind nicht gemacht worden.

9. **Selter** (Solingen): *„Historisches"*.

Vortragender teilt auf Grund seiner diesbezüglichen Nachforschungen mit, daß unter den Gebärhütten der alten Indier nicht etwa Mütterheime oder ähnliche Einrichtungen in unserem Sinne zu verstehen sind, sondern daß aus religiösen Gründen die Isolierung der unreinen Gebärenden beziehungsweise Wöchnerinnen erfolgte. Der Aufsatz erscheint in extenso an anderer Stelle. Aronade (Kattowitz).

Inhalt.

Redaktionelle Notiz — **Entgegnung** *149.* — **Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene. Kraus. Ishiwara** und **Winternitz.** *Embryonale Zellen 151.* — **Eminet.** *Spezifische Blutplättchen 151.* — **Spolverini.** *Schilddrüse 151.* — **Landis** und **Kaufmann.** *Venöses Schnurren 152.* — **Happich.** *Kampferwirkung 152.* — **Zadro.** *Heliotherapie 152.* — **Ernährung und Stoffwechsel. Variot.** *Durchfälle bei Brustkindern 153.* — **Nageotte-Wilbouchewitch.** *Intoleranz gegen Kuhmilch 154.* — **Stargardter.** *Nahrungsbedarf 154.* — **Kathe. Liefmann** und **Lindemann.** *Sommersterblichkeit 155.* — **Czerny.** *Inanition 160.* — **Hand.** *Darmantiseptika 160.* — **Crudden.** *Intestinaler Infantilismus 160.* — **Aviragnet. Bloch-Michel** und **Dorlencourt.** *Trockenmilch 161.* — **Schorer.** *Bakteriengehalt der Milch 161.* — **Klotz** *161. Kohlehydratstoffwechsel 162.* — **Courtney.** *Kaseingerinnsel 163.* — **Hoobler.** *Mineralsalze 163.* — **Schlutz.** *Milchzucker 163.* — **Gewin.** *Malztropon 164.* — **Nicholson.** *Melaena neonatorum 164.* — **Bunts.** *Hypertrophische Pylorusstenose 164.* — **Schwaz** und **Baß.** *Kalkumsatz bei Tetanie 164.* — **Pfeiffer** und **Albrecht.** *Harntoxizität 164.* — **Weiß** und **Smieciuszewski.** *Urorosein 165.* — **Klinik der Kinderkrankheiten. Oseki. Haynes** *165.* **Hodges.** *Akute Infektionskrankheiten 166.* — **Mitra. Michael** *166.* **Woody** und **Kolmer. Koerber.** *Scharlach 167.* — **Terrien. Kolmer.** *Diphtherie 167.* — **Goedhart.** *Vulvovaginitis 168.* — **Zarchi.** *Typhus 168.* — **Graham.** *Pertussis 169.* — **King.** *Zerebrospinalmeningitis 169.* — **Zade-Immigrath.** *Parotitis epidemica 169.* — **Lorey.** *Endokarditis 170.* — **Roethlisberger.** *Polyarthritis 170.* — **Arbeiter** *171.* **Manwaring. Much** *172.* **Kennerknecht. Ham-**

burger. *173.* **Weiß. Sluka.** *Tuberkulose 175.* — **Baisch** *175.* **Barbier** und **Gassier. Frühwald. Nobl** und **Fluß.** *Syphilis 176.* — **Triboulet** und **Jong.** *Pneumokokkensepsis 176.* — **Hirsch. Plauchu.** *Asphyxie 176.* — **Bien.** *Trichterbrust 177.* — **Petermöller.** *Nabelbehandlung 177.* — **Le Fever.** *Schielen 177.* — **Simmons.** *Endokranielle Gehirnblutung 177.* — **Bauereisen.** *Tentoriumsrisse 178.* — **Myers.** *Hämophilie 178.* — **Porak.** *Mongolenfleck 178.* — **Clanahan.** *Akute Nephritis 179.* — **Pollitzer. Hamburger.** *Albuminurie. 179.* — **Straub.** und **Schlager.** *Urämie 179.* — **Smith.** *Enteroplose 180.* — **Hewlett.** *Infantilismus 180.* — **Veeder** und **Austin.** *Endotheliome der Leber 180.* — **Neugebauer.** *Ikterus 180.* — **Stöltzner.** *Fibrolysin 181.* — **Marfan** und **Feuillé. Schabad** und **Sorochowitsch.** *Rachitis 181.* — **Reuben.** *Splenomegalie 182.* — **Falta, Kriser** und **Zehner.** *Leukämie 182.* — **Benneeke.** *Perniziöse Anämie 182.* — **Jonass.** *Aldehydreaktion 183.* — **Richardière** und **Huber.** *Herzfehler 183.* — **Pisek** und **Coffen.** *Herzerkrankungen 183.* — **Hallé** und **Dorlencourt.** *Bromexanthem 183.* — **Mazzuoli.** *Helminthiasis 183.* — **Ruhräh.** *Enuresis 184.* — **Jovane. Grulee.** *Tetanie 184.* — **Raillet.** *Laryngospasmus 185.* — **Guinon** und **Moutier.** *Thymushypertrophie 185.* — **Basch** und **Rohn.** *Thymus 185.* — **Brudziński.** *Kontralateraler Reflex 185.* — **Variot** und **Bonniot.** *Hemispasmus 186.* — **Lucas** und **Southard.** *Enzephalitis 186.* — **Unger.** *Myxödem 186.* — **Schlesinger.** *Trinkerkinder 186.* — **Doberer.** *Epilepsie 187.* — **Variot** und **Morancé.** *Raynaud sche Krankheit 187.* — **Winslow.** *Gangrän des Unterarmes 187.* — **Velebil.** *Kleinhirngeschwülste 188.* — **Breitner.** *Kropf 188.* — **Tenzer.** *Tonsillektomie 188.* — **Guisez.** *Bronchoskopie 188.* — **Abrand.** *Fremdkörper des Ösophagus 188.* — **Sinclair** und **Pancoast.** *Epiphysitis 189.* — **Miloslavich. Lieblein.** *Appendizitis 189.* — **Canaguier** und **Hamel.** *Peritonitis 190.* — **Nageotte-Wilbouchewitch.** *Skoliose 190.* — **Hasebroek.** *Haltungsanomalie 190.* — **Fürsorge. Mayerhofer.** *Stillpropaganda 191.* — **Ganghofner** und **Schleißner.** *Stillstuben 192.* — **Keller** *192.* **Levy.** *Säuglingssterblichkeit 193.* — **Koplik.** *Verhütung von Infektionen 193.* — **Berichte.** *Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien 194.* — *Vereinigung niederrheinisch-westfälischer und südwestdeutscher Kinderärzte 201.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin W. 50., Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Straßburg | **Göppert** Göttingen | **Knöpfelmacher** Wien | **Moro** Heidelberg | **Thiemich** Magdeburg | **Tobler** Breslau

Berend Budapest | **Comba** Florenz | **Johannessen** Kristiania | **Koplik** New-York | **Marfan** Paris | **Thomson** Edinburg | **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XI. **Referate.** **Nr. 4.**

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

Reifferscheid. *Über intrauterine im Rhythmus der Atmung erfolgende Muskelbewegungen des Fötus.* (Pflügers Arch., CXL, 1911, S. 1.)

In Bestätigung der Beobachtung von Ahlfeld konnte Verf. bei Hochschwangeren in der Nähe des Nabels Bewegungen auftreten sehen, die von Muskelbewegungen des Fötus herrührten; für ihr Zustandekommen ist es notwendig, daß der Rücken oder seitliche Rumpfpartien des Fötus der Vorderwand des Uterus anliegen. Die Bewegungen wurden mittels Kymographs aufgezeichnet; ihr Rhythmus ist demjenigen der Atmung der Neugeborenen auffallend ähnlich.

Orgler.

D. P. Tschernyschew. *Vergleichende Resultate der Längenmessung an Säuglingen mit Hilfe eines Bandmaßes und Meßapparates.* (Russkij Wratsch, 1911, Nr. 48.)

Beschreibung des vom Verf. angewandten Apparates (nebst Abbildung), der sich im Prinzip nicht von den bereits üblichen unterscheidet.

Schlieps (Charkow).

N. M. Kakuschkin. *Zur Topographie des Nabels bei Frauen und Neugeborenen.* (Russkil Wratsch, 1911, Nr. 51.)

Aus den 10 Schlußsätzen nur ein paar:

Je größer das Körpergewicht des Neugeborenen, um so höher steht der Nabel im Verhältnis zur Körperlänge.

Bei Mädchen steht der Nabel relativ höher als bei Knaben. Bei ausgetragenen Kindern, die in Beckenendlage geboren sind, ist der Nabel höher gelegen als bei in Schädellage geborenen.

Sage mir, wo dein Nabel sitzt, und ich sage dir, wer du bist!

Schlieps (Charkow).

E. Thomas. *Über die Involution der zentralen Rindenschicht der Nebenniere.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., IV, S. 95.)

Polemik gegen die (in dieser Monatsschrift, Bd. X, S. 440 referierte) Arbeit von Samelsohn.

Die vom Autor gefundenen Veränderungen der Nebenniere sind unabhängig von Todesursache und Krankheitsdauer und nur abhängig von dem Lebensalter des Verstorbenen. Birk.

P. Nobécourt et **G. Paisseau.** *Étude de l'action diurétique de la digitaline et de la théobromine chez l'enfant.* (Arch. de Méd. des enf., XV, 2.)

Die Verf. erzielten mit viel kleineren, als den üblichen Dosen bereits eine beträchtliche Diurese. Diese Dosen haben den Vorteil, die üblen Nebenwirkungen der großen Dosen zu vermeiden. 1 bis 2 Decimilligramm Digitalin, auf 5 bis 10 Tage verteilt, bewirkte bei Herzaffektionen im Zustande leichter oder höhergradiger Dekompensation eine am 3. bis 4. Tage eintretende, zum Teil beträchtliche Diurese. Dieselbe hielt mehrere Tage an, das Körpergewicht nahm dabei entsprechend ab und die Kochsalzausscheidung stieg an. Größere Dosen, kürzere Zeit hindurch gegeben, hatten keinen besseren Effekt. Über die Wirkung dieser Medikation bei Nierenerkrankungen sind die Erfahrungen der Verff. zu gering, als daß sie ein abschließendes Urteil abgeben könnten. Das Digitalin schien hier von geringerer Wirkung zu sein.

Theobromin wirkte dagegen gerade bei ödematösen Nephritikern stärker diuretisch, und zwar hatten Dosen von 0·4 bis 0·6 g täglich denselben Effekt wie doppelt so große Dosen. Bei einigen herzkranken Kindern war ein, wenn auch geringerer Effekt gleichfalls nachzuweisen. Auf Grund dieser Erfahrungen empfehlen die Verff. eine längere Anwendung der beiden Medikamente in kleinen Dosen und berufen sich dabei auch auf die gleichsinnigen Erfahrungen Huchards bei Erwachsenen. (Auch Hedinger veröffentlichte kürzlich aus Rombergs Klinik ähnliche, diese Erfahrungen bestätigende Untersuchungen.) Thorspecken (Badenweiler).

Ernährung und Stoffwechsel.

P. Heim und **K. M. John.** *Über die Verwendbarkeit kaseinangereicherter Kuhmilch. Theoretische Überlegungen.* (A. d. Kinderpoliklinik d. Budapester Barmherzigen Spitals.) (Zeitsch. f. Kinderheilk., IV, S. 1.)

Da sie die Eiweißmilch nach dem Originalrezept nicht herstellen konnten, verwendeten die Autoren eine Modifikation derselben, nämlich kaseinangereicherte Kuhmilch.

Herstellung derselben: Das aus $^2/_3$ l roher Kuhmilch durch Labkoagulation gewonnene Kaseinfett wird nach Abscheidung des Käses und Trennung von der Molke mit $^2/_3$ l heißem Wasser verrührt, nachher unter fortwährendem Rühren aufgekocht, dann mehrmals durch ein Haarsieb getrieben. Man bekommt auf diese Weise eine fast homogene Milch, die mit $^1/_3$ l gekochter Kuhmilch vermischt und nun nochmals aufgekocht wird.

Die Erfolge mit dieser Nahrung stellen sich denen mit Eiweißmilch ebenbürtig an die Seite.

Ausgehend nun von diesen Erfahrungen, unterziehen die Autoren die Finkelsteinsche Lehre von der alimentären Intoxikation einer eingehenden Kritik, die wir hier nur in ihren Hauptzügen wiedergeben können:

Sie wenden sich zunächst gegen die von Finkelstein gegebene Erklärung der Wirkung der Eiweißmilch, sie bezweifeln, daß der günstige Effekt derselben durch die Ausschaltung beziehungsweise Verringerung der Kuhmilchmolke herbeigeführt wird, stellen sich vielmehr auf den Standpunkt Stoltes, welch letzterer nicht die Verringerung der Molke, sondern die Zugabe von Fett und Kasein als das ausschlaggebende Moment ansah. Das klinische Charakteristikum der Eiweißmilchwirkung ist die Seifenbildung im Darm. Diejenigen Stoffe aber, die bei der Seifenbildung späterhin zusammentreffen, werden bei der Bereitung der Milch erst hinzugefügt, nämlich Fett + Kasein + Parakasein. Und darauf beruht offenbar die spezifische Wirkung, nicht auf der Verringerung der Molke. Dieser Auffassung schließen sich die Verff. an und sehen eine Stütze derselben in ihren eigenen erfolgreichen Versuchen mit angereicherter Milch ohne gleichzeitige Verringerung der Molke.

Daß Finkelstein der Kuhmilchmolke die Rolle des schädigenden Prinzips zuerteilte, geschah nicht zum mindesten auf Grund der Erfolge mit der Eiweißmilch. Nachdem die Deutung dieser Erfolge sich so als eine unzutreffende herausgestellt hat, wird zugleich auch die Annahme der Schädlichkeit der Molke hinfällig. Daran ändern auch die Molkenaustauschversuche Meyers nichts, denn auch deren Beweiskraft wird von den Verff. abgelehnt. Die Versuchsbedingungen, unter denen Meyer arbeitete, waren, ihrer Ansicht nach, nicht gleich. Die eine seiner Versuchsnahrungen war Frauenmilchmolke, welcher Parakaseinkalziumphosphat hinzugesetzt war — die andere war Kuhmilchnolke mit — aus Frauemmilch gewonnener — Kaseinsäure. Der Zusatz war also nicht der gleiche, was um so mehr ins Gewicht fällt, als gerade dem Parakaseinkalziumphosphat ausgesprochen gärungswidrige Eigenschaften innewohnen. Aber auch sonst bestehen bei der Versuchsanordnung Meyers gewisse Unterschiede, die wieder zugunsten der Frauenmilchmolkennahrung fallen und der Frauenmilchmolke unverdiente Eigenschaften zumuten: bei ungefähr gleichem Prozentsatz an Fett in beiden Gemischen und

einem gezwungenen Zusatz von 25 g Milchzucker haben wir es in dem einen Fall mit einer eiweiß-, fett- und kalkreichen Nahrung, in dem andern mit einer eiweißärmeren, fettreichen, jedoch relativ kalkarmen Nahrung zu tun. „Es ist nach dem Angeführten nicht überraschend, daß es bei dem Kuhmilchmolkengemisch in den angegebenen 3 Fällen (nämlich von L. F. Meyer) zu pathologischen Gärungen gekommen ist. Nach unserer Auffassung geht aus den Molkenaustauschversuchen bloß das Protektorat des Kaseinfettkalziums hervor. Eine schädigende Rolle der Kuhmilchmolke mit der Annahme einer ungünstigen Relation der anorganischen Bestandteile zueinander ist jedoch noch keineswegs ersichtlich."

Weiter wenden sie sich gegen den von Finkelstein zur Grundlage seines Systems der Ernährungsstörungen gemachten Begriff der „Toleranz" der Kinder gegen die Nahrung, namentlich gegen einzelne Nährstoffe, wie das Fett und den Zucker. Sie bestreiten zwar nicht, daß die beiden letzteren schädigend wirken können, leugnen aber, daß die Toleranz an sich ein klinisch brauchbares Maß der Ernährungsfunktionen abgebe, namentlich nicht bei künstlich genährten Säuglingen, denn wir kennen deren normale Toleranzbreite noch nicht einmal. Auch da, wo klinisch Fett oder Zucker als isolierte Schädlichkeiten auf den Organismus zu wirken scheinen, handelt es sich in Wirklichkeit doch immer nur um eine Schädlichkeit des komplexen Nährgemisches „Kuhmilch", um einen wirklichen Kuhmilchnährschaden, d. h. also um eine universelle Intoleranz. Der Begriff von Toleranz schließt nach Ansicht der Autoren in sich, daß er sich auf alle Nahrungskomponenten erstreckt, wie es zum Beispiel bei allen jüngeren Säuglingen oder bei denen mit Konstitutionsanomalien der Fall ist, die eine gewisse herabgesetzte Toleranz gegen Kuhmilch haben.

Dieses Prinzip der universellen Toleranz hat Finkelstein verlassen. Die Toleranz in seinem Sinne ist eine isolierte Unverträglichkeit gegen Fett oder Zucker der Nahrung, die zu Durchfällen Veranlassung geben können und sich bessern, sobald man Fett + Kasein der Nahrung zufügt. Diese Unverträglichkeit, die sich eventuell binnen wenigen Stunden bessern kann, kann man aber nicht als Intoleranz bezeichnen, speziell nicht als klinisches Maß der Ernährungsfunktion annehmen.

Sie erheben noch eine ganze Reihe weiterer Einwände, auf die wir hier nicht eingehen können, und schließen dann, daß Finkelsteins Versuch einer Gruppierung der Ernährungsstörungen, „die außer der berechtigten Stütze klinisch feststellbarer Merkmale von normalen und paradoxen Reaktionen ausgeht und sich des Maßstabes der „Toleranzgröße" bedient, noch nicht das gewünschte theoretische Fundament für den Neubau der Ernährungsstörungen" sei. „Die Differenzierung der einzelnen Typen der Ernährungsstörungen nach der funktionell-diagnostischen Methode respektive Toleranzbreite unter Berücksichtigung der klinischen Symptome fußt sicher nicht auf festerem Boden als die ätiologische Einteilung Czernys und Kellers, in der die klinischen Symptome doch auch nicht außer

acht gelassen worden sind. Letztere ist einfacher, verständlicher und es würde für die Pädiatrie einen großen Schaden bedeuten, wenn dieselbe verlassen würde." Birk.

E. E. Gartje. *Vom Einfluß der Fleischnahrung auf das Nervensystem der Kinder.* (Russkij Wratsch, 1911, Nr. 51.)

Der Verf. fütterte 9 Kinder (4 mit Chorea minor, 1 mit Chorea hyster., 1 mit Hysterie, 1 mit Rachitis, 1 mit Epilepsie, 1 Anämie) mit verschiedenem Fleisch, sowohl weißem als rotem, je eine Woche lang abwechselnd und prüfte dann die galvanische Erregbarkeit an 2 aufeinanderfolgenden Tagen. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt er zum Schluß, daß Fleischnahrung unbedingt die elektrische Erregbarkeit des Nervensystems erhöht, und zwar rotes Fleisch mehr als weißes. Das machte sich besonders bei Kindern mit Chorea geltend, weniger bei denen mit anderen Erkrankungen des Nervensystems.

Daß übermäßige Fleischnahrung eine schädliche Wirkung auf das Nervensystem, besonders neuropathischer Kinder, ausübt, ist bekannt. Wer jedoch die Schwankungen der galvanischen Übererregbarkeit bei Kindern und ganz besonders bei solchen mit nicht intaktem Nervensystem kennt und außerdem in Betracht zieht, auf wie schwachen Füßen unsere ganze Methodik der Prüfung der galvanischen Erregkarkeit steht, wird den Untersuchungen des Verf., so interessant sie sonst sind, keinen allzu großen Wert beimessen. Der schädlichere Einfluß des roten Fleisches gegenüber dem weißen erscheint daher experimentell noch nicht erwiesen.

Schlieps (Charkow).

I. W. Troitzky. *Besonderheiten des Magendarmsystems im Kindesalter.* (Wratschebnaja Gaseta, 1911, Nr. 41/42.)

Verf. hat sich der dankenswerten Mühe unterzogen, an der Hand ausführlicher Literaturangaben und eigener Untersuchungen die anatomischen und physiologischen Besonderheiten des kindlichen Magendarmtraktus und darauf zurückzuführende klinische Erscheinungen dem Verständnis des praktischen Arztes näher zu bringen.

Die Arbeit ist ein gutes Beispiel dafür, wie solches in einfacher und fesselnder Weise bewerkstelligt werden kann.

Schlieps (Charkow).

A. N. Schkarin. *Aus der Praxis der Ernährungstherapie bei Ernährungsstörungen der Säuglinge.* (Wratschebnaja Gaseta, 1911, Nr. 49.) (Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Kinderärzte in St. Petersburg.)

Mitteilung von 4 Fällen schwerer Ernährungsstörungen mit erfolgreicher Ernährungstherapie, die für den Pädiater nichts Neues bringen. Schlieps (Charkow).

B. Salge. *Die Reaktion des Blutserums bei alimentärer Intoxikation des Säuglings.* (Vorläufige Mitteilung.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., IV, S. 92.)

Bei einem Kind mit letaler, alimentärer Intoxikation fand sich eine, gegenüber der Norm sehr erhebliche Steigerung der H-Ionen-Konzentration. „Man kann demnach von einem Anstieg der ‚Säure' im Blut sprechen und darf für derartige Fälle wohl mit Sicherheit eine Säurevergiftung als direkt nachgewiesen ansehen." Birk.

A. v. Reuß. *Über transitorisches Fieber bei Neugeborenen.* (A. d. Frauen- und Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., IV, S. 32.)

F. Heller. *Fieberhafte Temperaturen bei neugeborenen Kindern in den ersten Lebenstagen.* (A. d. Kaiserin-Augusta-Victoria-Haus in Charlottenburg.) (Ebendort, S. 55.)

v. Reuß beschreibt bei neugeborenen Kindern ein transitorisches Fieber, welches gewöhnlich am 3. oder 4. Tag auftritt, manchmal aber auch schon am Ende des 2. Tages, seltener am 5. Tage sich einstellt. Es dauert bald nur einige Stunden, bald 2 oder 3 Tage lang. Das Temperaturmaximum liegt zwischen 38° und 39° C. Es bewegt sich mit Re- oder Intermissionen und fällt am Ende kritisch ab. Das subjektive Befinden ist nur wenig alteriert. Bemerkenswert ist, daß das Auftreten des Fiebers zusammenfällt mit dem größten Tiefstand der Körpergewichtskurve. Es sind keineswegs debile, schwächliche, untergewichtige Kinder davon betroffen, sondern auch sehr kräftige, gut entwickelte. Hinsichtlich der Entstehung des Fiebers meint der Verf., daß das typische Auftreten desselben um die Mitte der ersten Lebenswoche herum den Schluß zulasse, daß es mit den mannigfachen Vorgängen, die um dieselbe Zeit sich im Organismus des Neugeborenen abspielen, im kausalen Zusammenhang stehe. Als solche kämen eventuell in Betracht: der Übergang der Mekonium-Bakterienflora in die der Frauenmilchfäzes, Wasserverarmung des Organismus (analog dem Durstfieber E. Müllers), Inanitionsfieber (Holt), Autointoxikation durch Zerfall von Eiweißsubstanzen usw.

Auch Heller beschreibt ein gleiches Phänomen. Er äußert sich bezüglich seiner Herkunft, daß es sich um eine Erscheinung handle, die nicht auf die Einwirkung eines infektiösen Agens oder der Überhitzung zurückzuführen sei, sondern deren letzte Ursache in abnormen Stoffwechselvorgängen liege, wobei der Mangel in den wärmeregulierenden Funktionen ein mitwirkender Faktor sein dürfte. Birk.

M. I. Breitmann. *Eine neue Zubereitungsmethode von Emulsionen zwecks Behandlung der Magendarmerkrankungen bei Kindern.* (Pädiatrija, 1911, Nr. 3.) Schlieps (Charkow).

P. S. Medowikoff. *Kuhwarme Milch als Heilmittel bei Magenerkrankungen.* (Russkij Wratsch, 1911, Nr. 51.)
Schlieps (Charkow).

B. Salge. *Salzsäure im Säuglingsmagen.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., IV, S. 171.)

Nachprüfung einer (in dieser Monatsschrift, Bd. X, S. 203 referierten) Arbeit Davidsohns.

Im Magen von mit Milch ernährten Säuglingen besteht eine so geringe Konzentration von H-Ionen, daß eine peptische Verdauung nicht möglich ist.

Bei Säuglingen, die bereits gemischte Kost hinzuerhalten, findet sich eine genügende Konzentration von H-Ionen, um die Annahme einer peptischen Verdauung zu rechtfertigen.

Birk (Berlin.)

P. Schulz. *Ein Beitrag zur Frage der Verdauungslipämie.* (A. d. Kinderklinik in Freiburg i. B.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., IV, S. 63.)

Untersuchungen mit Hilfe der Neisser-Bräuningschen Methode der Untersuchung des Blutes auf Fett. Die Ergebnisse faßt der Verf. folgendermaßen zusammen:

Das atrophische Kind zeigt große Schwankungen in bezug auf die Dauer der Lipämie. Auffallend ist, daß bei einer Anzahl von Versuchen beim Atrophiker im Stadium des Gewichtsstillstandes die Lipämie relativ kurz verläuft, dagegen im Stadium der Gewichtszunahme bedeutend länger anhält. Der Lebentran ruft bei den älteren gesunden Kindern eine geringe oder gar keine, beim atrophischen Kind eine deutliche Trübung hervor. Die Mischung von Lebertran und Molke läßt beim älteren Kind stets eine Trübung, und zwar fast immer eine länger dauernde als bei Lebertran allein erkennen. Der Zeitpunkt der stärksten Trübung liegt nicht vor der zweiten und nicht nach der dritten Stunde.

Der praktische Wert solcher Untersuchungen ist jedoch ein gänzlich negativer. Der Verf. betont selbst, daß es nicht möglich ist, aus den im Blut zirkulierenden Fettmengen einen Schluß auf die bessere oder schlechtere Resorption des Fettes zu ziehen. „Dazu wird es notwendig sein, das Schicksal des Fettes im Säuglingsblut mit anderen Methoden zu verfolgen." Birk.

A. Niemann. *Das Verhalten des Stoffwechsels bei angeborenem Verschluß der Gallenwege.* (A. d. Kinderklinik in Berlin.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., IV, S. 152.)

Das Versuchskind litt an kongenitaler Aplasie der Gallenwege. Trotzdem lebte es damit 9 Monate, ohne Zeichen einer stärkeren Störung darzubieten. Es wurde in drei verschiedenen Perioden untersucht, in 2 davon wurde auch der Gaswechsel bestimmt. Beim ersten Versuch war das Kind 20 Monate alt, befand sich in leidlichem Ernährungszustand und wies in den 3 Versuchstagen eine Zunahme von 55 g auf. Als Nahrung erhielt es eine ziemlich fettreiche Buttermilch. Die Fettausnutzung war stark herabgesetzt, der Fettverlust betrug 61%. Der Ausfall der Galle führt also beim Kind zu derselben schweren Schädigung des Stoffwechsels wie beim Erwachsenen. Die N-Ausnutzung war leidlich. Im zweiten Versuch

erhielt das Kind dieselbe Nahrung. Es hatte unterdes eine Pneumonie durchgemacht, an Gewicht verloren, zur Zeit des Versuches erfolgte jedoch eine geringe Zunahme. Es war jetzt 25 Wochen alt. Die Fettausnutzung hatte sich noch weiter verschlechtert. Der Fettverlust betrug 72%. Vielleicht — so nimmt der Verf. an — hatten beim ersten Versuch irgend welche Faktoren in vikariierender Weise einen Teil der Rolle der Galle übernommen, jetzt aber bei fortschreitender Verschlechterung des Allgemeinzustandes in ihrer Wirksamkeit nachgelassen. Ein wesentlicher Verlust von N fand sich auch in diesem Versuch nicht. Der dritte Versuch fand in der 33. Woche statt. Das Kind hatte Ödeme, fieberte und ging 3 Wochen später zugrunde. Die Nahrung war ausgesprochen fettarm, trotzdem schied das Kind pro Tag 5 g Fett mehr aus, als es einnahm. Dieses eigentümliche Verhalten erklärt der Verf. so, daß ein Fetttransport im Körper stattfand, bei dem große Fettmengen im Darm erschienen; da die Resorption vom Darm aus erschwert war, ging all dies Fett verloren. Die Ausnutzung des Stickstoffs war in der 3. Periode ebenfalls abnorm schlecht.

Die Kohlensäureausscheidung war unter dem Gesichtspunkt zu betrachten, daß das Kind im letzten Versuch Fieber hatte und Ödeme aufwies, die die Berechnung auf Körperoberfläche oder Gewichtseinheit beeinträchtigten. Im Mittel ergab sich, daß pro Stunde und Quadratmeter Oberfläche zirka 17 g CO_2 produziert wurden — ein Wert, der auch dem normalen, künstlich ernährten Kinde eigentümlich ist. Birk.

K. Hartelust. *Über den Einfluß verschiedener Nährmittel- und Kohlehydratentziehung auf die Glykosurie und die Azidose beim Diabetes mellitus.* (Therap. d. Gegenw., 1912, S. 107.)

Setzt man Diabetiker nach gemischter Kost fast ausschließlich auf Gemüse, so sinkt in einer Reihe von Fällen neben erheblicher Verminderung der Zuckerausscheidung auch die Azetonausscheidung; gibt man an diesen Gemüsetagen Fett in Form von Speck und Butter hinzu, so tritt keine Vermehrung des Azetons oder der Azetessigsäure auf, ja, in manchen Fällen verschwindet Azeton völlig aus dem Urin. Dabei zeigt es sich, daß manchmal Speck (höhere Fettsäuren) günstiger wirkt als Butter (niedere Fettsäure). Bei anderen Fällen tritt dagegen an den Gemüsetagen Azeton auf und die Azidose wird durch Fettzulage erhöht. Doch kann man keine allgemeine Regeln für den Einfluß der Nahrungsmittel auf den Diabetiker aufstellen, sondern muß stets die individuellen Verhältnisse berücksichtigen. Bei Prüfung dieser Verhältnisse ist es notwendig, von „Gemüsetagen" auszugehen und durch Zulage der zu untersuchenden Nahrungsmittel den Einfluß auf Zucker- und Azetonausscheidung zu studieren. Orgler.

Umber. *Atropinbehandlung der Phosphaturie.* (Therap. d. Gegenw., 1912, S. 97.)

Verf. empfiehlt eine längere Atropinkur, mit $^1/_2$ mg pro Tag beginnend, und dann im Laufe weniger Tage mit dem Atropin zu

steigen, womöglich auf dreimal 1 mg nach der Mahlzeit; die erreichte höchste Dosis wird 14 Tage gegeben, dann allmählich kleinere Mengen verabreicht. Dauer der Kur 3 bis 4 Wochen. Dabei steigt die Harnazidität. Neben dem Atropin muß natürlich auch die diätische Therapie (Fleisch, Käse, Brot, Hülsenfrüchte) eingehalten, Milch, Eier ganz vermieden, und grüne Gemüse, Kartoffeln, Fruchtbeeren nur in geringer Menge verabfolgt werden. Orgler.

Alexander Lipschütz. *Zur Physiologie des Phosphorhungers im Wachstum* (Pflügers Arch., CXLIII, 1911, S. 91) und *Die biologische Bedeutung des Kaseïnphosphors für den wachsenden Organismus.* (Ebenda, S. 99.)

Verf. sucht die Frage zu entscheiden, ob ein wachsendes Tier seinen Phosphorbedarf ausschließlich durch organischen Phosphor decken kann; in orientierenden Versuchen wurde ein Hund mit Kasein + Reis + phosphorfreiem Salzgemisch, ein Kontrolltier mit Reis + Eisenalbumin + phosphorhaltigem Salzgemisch ernährt; beide Tiere retinierten Phosphor; der Kaseinhund zeigte eine völlig normale Knochensubstanz. Orgler.

St. Mc Lean. *Der Eisengehalt der Ziegenmilch.* (A. d. Kaiserin-Augusta-Victoria-Haus in Charlottenburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., IV, S. 168.)

Der Durchschnittseisengehalt der Ziegenmilch betrug zwischen 2·51 mg bis 1·498 mg Fe pro Liter Milch, also erheblich weniger, als andere Autoren gefunden haben. Die in der Literatur sich findenden höheren Werte verdanken wahrscheinlich Verunreinigungen ihren Ursprung.

Der Eisengehalt der reinen Ziegenmilch ist höher als der der Kuhmilch und entspricht etwa dem der Frauenmilch.

Birk (Berlin.)

F. Edelstein und **F. v. Czonka.** *Über den Eisengehalt der Kuhmilch.* (Biochem. Zeitschr., XXXIX, 1912, S. 14.)

Wird Kuhmilch in Glasgefäße gemolken, so beträgt der Eisengehalt 0·4 bis 0·7 mg, im Durchschnitt 0·7 mg Fe im Liter; wird dagegen in eisenhaltige Gefäße gemolken, so ist der Eisengehalt bedeutend höher, 0·7 bis 1·5 mg Fe im Liter. Der Eisengehalt der Milch ist also von der Art der Milchgewinnung abhängig. Orgler.

M. L. Abelmann. *Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Rolle der Mineralsalze in der Physiologie und Pathologie des Säuglingsalters.* (Pädiatrija, 1911, Nr. 1/2.)

Literaturübersicht. Schlieps (Charkow).

Klinik der Kinderkrankheiten.

V. Imervol. *De la péricardite purulente chez les enfants et quelques considérations sur la péricardite traumatique.* (Arch. de Méd. des enf., XV, 2.)

Der erste Fall, den Imervol beobachtete, betraf einen 10jährigen Knaben. Er erkrankte 2 Tage nach einem Sturz auf eine Bank, wobei er heftig auf die linke Vorderseite der Brust schlug, mit Fieber und Atmungsbeschwerden. 12 Tage danach wurde bei seiner Aufnahme in die Klinik eine linksseitige Bronchopneumonie und eitrige Perikarditis konstatiert. 8 Tage später wurden 250 cm^3 Eiter durch Perikardiotomie entleert. Im Eiter fanden sich Streptokokken. Der Patient wurde schließlich nach wochenlanger Eiterung und Drainage geheilt. Die Entstehung der Perikarditis erklärt Imervol sich in der Weise, daß das Trauma den Streptokokken eine Eintrittspforte in die Bronchialschleimhaut verschafft habe und dann auf hämatogenem Wege das Perikard infiziert habe. Das Perikard habe infolge der Gewalteinwirkung auf die Herzgegend einen locus minoris resistentiae dargeboten, so daß sich die Infektion gerade dort etablieren konnte.

Bei dem zweiten Fall handelt es sich um eine eitrige Perikarditis eines 9jährigen Kindes, die sich an eine eitrige Pleuritis anschloß. Nach Entleerung des Eiters durch Pleurotomie gelangte das Kind gleichfalls zur Heilung — ein selten günstiger Ausgang dieser schweren Affektion in beiden Fällen. Thorspecken (Badenweiler).

J. Comby. *Pneumonie du sommet droit prolongée (vingt jours), état typhoïde, mutisme, guérison.* (Arch. de Méd. des enf., XV, 2.)

Ungewöhnlich schwerer Fall von Pneumonie. Unter den Komplikationen ist namentlich eine psychisch bedingte Taubstummheit bemerkenswert, die 14 Tage lang bestand.

Thorspeckcn (Badenweiler).

J. Comby. *Pleurésie hémorragique chez une fillette de $2^1/_2$ ans.* (Arch. de Méd. des enf., XV, 2.)

Als erstes Zeichen eines Mediastinaltumors trat bei dem $2^1/_2$jährigen Kinde eine hämorrhagische Pleuritis auf, eine für dieses Alter ungewöhnliche Form von Pleuritis. Das Kind ging nach 3 Wochen unter schwerer Dyspnoe zugrunde. Erst die Autopsie zeigte als Ursache der Pleuritis ein globozelluläres Sarkom im vorderen Mediastinum, das wahrscheinlich seinen Ursprung von der Thymus nahm.

Thorspecken (Badenweiler).

M. E. Michalowitsch. *Zur Frage der orthostatischen Albuminurie bei älteren Kindern mit anormalem Stoffwechsel.* (Pädiatrija, 1911, Nr. 3.)

Die Erscheinung der lordotischen Albuminurie ist letzten Endes nicht in der Erkrankung des einen oder andern Organs, sondern in der allgemeinen Schlaffheit der Gewebe und Gleichgewichts-

störung der Skelettmuskulatur infolge einer schlechten Kontraktilität derselben zu suchen. Diese mangelhafte Kontraktilität der Muskulatur ist auf arthritische Veränderungen zurückzuführen. Der arthritische Muskel hat seinen Tonus eingebüßt und ist daher nicht mehr seiner Aufgabe, das Skelettsystem im nötigen Gleichgewicht zu erhalten, gewachsen. Der vom Verf. mitgeteilte Fall betrifft einen Knaben, dessen Mutter und ein Bruder an Gicht leiden, eine Schwester an exsudativer Diathese; sämtliche Geschwister zeichnen sich durch einen geringen Tonus der Muskulatur aus. Der Patient selbst „macht den Eindruck eines Uratikers". Die auf verstärkten Stoffwechsel gerichtete Therapie bestand in leichter Kleidung, mäßiger Bewegung, knapper Diät (hauptsächlich Vegetabilien, äußerste Einschränkung von Milch und Eiern), in Bädern, Bestrahlung der Lumbalgegend mit violettem Licht und Heilgymnastik. Vollständiger Heilungserfolg. Schlieps (Charkow).

S. E. Ostrowsky. *Morphologie des Blutes bei Rachitis.* (Russkij Wratsch, 1911, Nr. 45.)

Der Verf. untersuchte 30 Fälle reiner Rachitis mit stärkerer oder geringerer Vergrößerung der Milz und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. In den meisten Fällen echter Rachitis erweist sich das Blut als normal, was in der Oligochromämie, in geringerem Grade der Oligocytämie, Aniso- und Poikilocytose zum Ausdruck gelangt.
2. Das histologische Bild des Blutes respektive der Erythrocyten ist entsprechend dem Grade der Milzvergrößerung schärfer ausgeprägt.
3. Die Zahl der weißen Blutkörperchen ist meist normal; zuweilen wird eine geringe Leukocytose beobachtet; meist überwiegt die Zahl der Polynukleären.
4. Ein verstärkter Übergang von roten und weißen unreifen Blutkörperchen aus dem Knochenmark ins Blut ist nicht zu bemerken. Die Anschauung, daß eine vergrößerte Milz zu den Symptomen der Rachitis gehört, scheint noch weit verbreitet zu sein. Beiläufig bemerkt, haben in Ländern, wo sowohl bei Laien als auch noch bei einem Teil der Ärzte Mästung mit Milch, Sahne und Eiern als Therapie bei Rachitis eine Hauptrolle spielt, fast alle rachitischen Kinder eine große Milz. Schlieps (Charkow).

G. W. Schor. *Chondrodystrophia adolescentium (Ch. tarda).* (Pädiatrija, 1911, Nr. 1/2.)

Ausführliche Mitteilung des Falles mit Sektionsbefund.
Schlieps (Charkow).

D. A. Sokolow. *Über Drüsenerkrankungen bei Kindern.* (Pädiatrija, 1911, Nr. 1/2.)

Es ist nur von nichttuberkulosen Lymphdrüsenaffektionen die Rede. Zum kurzen Referat nicht geeignet.
Schlieps (Charkow).

Unger. *Beiträge zur Pathologie und Klinik der Neugeborenen. 2. Status chymico-lymphaticus eines Neugeborenen.* (Wiener med. Wocherschr., 1912, S. 1181.)

Das Neugeborene zeigte Tonsillen, Zungenfollikel, Lymphdrüsen geschwellt und eine perkutorisch, palpatorisch und radiologisch nachweisbare Thymusschwellung; außerdem bestand leichte Atemstörung und Zyanose. Der Fall erscheint bemerkenswert, weil in letzter Zeit namhafte Anatomen das Bestehen eines primären Stat. lymphat. geleugnet haben und z. B. Lubarsch behauptet, noch niemals bei einem jungen Kinde einen solchen gesehen zu haben.

Lehndorff (Wien).

M. de Biehler. *Sur l'infantilisme.* (Arch. de Méd. des enf. XV. 1.)

Nach einem Übersichtsreferat über die historische Entwicklung des Begriffes Infantilismus, die verschiedenen Theorien und klinischen Formen des Infantilismus bringt der Verf. einen eigenen Beitrag. Der Fall zeichnet sich durch die große Häufung ätiologischer Momente für den bestehenden Infantilismus aus, deren verschiedenwertige Bedeutung im einzelnen analysiert wird. Das 12jährige Kind stand in körperlicher wie geistiger Beziehung auf der Stufe eines 6jährigen Kindes; u. a. besaß es auch noch die Milchzähne. Es litt ferner an einer noch nicht abgelaufenen Rachitis, an Lungentuberkulose und an einem Herzklappenfehler. Nach einer eingehenden Analyse der Symptome des Infantilismus kommt die Verf. zu dem Resultat, daß diese organischen Erkrankungen, die sonst nicht selten die Disposition zur Entstehung von Infantilismus abgeben, in diesem Falle keine ätiologische Bedeutung haben. Derselbe ist vielmehr die Folge einer Insuffizienz fast aller Drüsen mit innerer Sekretion, und zwar der Nebennieren, der Thyreoidea, Hypophyse und der Testikel. Als Folge der Nebenniereninsuffizienz werden die Anämie, allgemeine Asthenie, öfter auftretende Leibschmerzen mit enteritischen Erscheinungen sowie Schwächeanfälle mit schwerer Herz- und Gefäßinsuffizienz gedeutet. Einen Beweis für die Richtigkeit dieser Deutung sieht die Verf. darin, daß Adrenalin in Dosen von 1 bis $1^1/_2$ mg (1 : 1000), 3mal täglich per os genommen, diese Anfälle völlig beseitigte und eine wesentliche Besserung der Asthenie herbeiführte. Auch die mangelhafte Funktion der Schilddrüse wird hauptsächlich aus dem Erfolg der spezifischen Therapie mit Thyreoidin erschlossen. Da das Röntgenbild eine Vergrößerung der sella turcica zeigte, wurde außer den beiden genannten organotherapeutischen Präparaten auch Hypophysenextrakt verabreicht und auch dieser hatte therapeutischen Erfolg. Es wurde dabei in 3 Monaten eine Größenzunahme von 2 cm und Gewichtszunahme von $1^1/_2$ Pfund erzielt. — Die Ursache für die Schädigung der Drüsen vermutet M. de Biehler in der Syphilis und in dem schweren Alkoholismus des Vaters.

Thorspecken (Badenweiler).

J. Comby. *La langue scrotale chez les enfants.* (Arch. de Méd. des enf., XV, 3.)

Comby teilt 15 Beobachtungen von Lingua scrotalis mit. Die Affektion, die fast immer symptomlos besteht, hat kongenitalen und häufig familiären Charakter. Mit der Lignua geographica hat sie nichts zu tun, ebensowenig ist sie syphilitischen Ursprungs. Ein äußerlich vollkommen gleiches Bild bietet oft die Zunge der mongoloiden Idioten, die indessen eine mechanische Ursache hat und erst intra vitam akquiriert wird. Für die Entstehung der gewöhnlichen Lingua scrotalis vermag Comby keine Erklärung zu geben.

Thorspecken (Badenweiler).

Jourdanet. *La livedo annularis chez l'enfant.* (Arch. de Méd. des enf., XV, 2.)

Unter „livedo" werden die bekannten Hautmarmorierungen verstanden, die als ein Netz bläulichrot gefärbter Partien, die mit helleren mehr oder weniger normal gefärbten Partien abwechseln, auftreten. Sie sind die Folge einer Erweiterung der Hautkapillaren, und die verschieden gefärbten Bezirke entsprechen Zonen von Zirkulationsmaxima und -minima. Man kann nach Bonnet eine transitorische physiologische und eine transitorische pathologische Form unterscheiden. Die letztere bevorzugt Kinder mit tuberkulösen Drüsenaffektionen und steht der Raynaudschen Krankheit nahe. Außerdem gibt es Dauerformen der Livedo, die mit Vorliebe die Gegend der Knie betreffen. Der Fall des Verf. ist dadurch bemerkenswert, daß die Fleckung des Körpers derart und so intensiv war, daß eine Verwechslung mit Masern oder anderen Hautaffektionen im Bereiche der Möglichkeit lag. Die Rötung war durch Druck nicht ganz zum Verschwinden zu bringen, eine Folge von Blutextravasation und nachfolgender Pigmentation der Haut. Thorspecken (Badenweiler).

Schneisser. *Über akute syphilitische Meningoenzephalitis bei Neugeborenen.* (Zieglers Beitr., LVII, 1912, S. 151.)

Es fanden sich im Stirnlappen eines syphilitischen Neugeborenen 2 Herde von gelbem, fast eiterähnlichem Inhalt. Die histologische Untersuchung bestätigte die Annahme, daß das syphilitische Virus beim Neugeborenen neben den mit produktiven Entzündungen kombinierten Entwicklungshemmungen mit Vorliebe akut entzündliche Prozesse exsudativer Art auszulösen pflegt. Lehndorff (Wien).

E. Fränkel (Hamburg). *Die kongenitale Knochensyphilis im Röntgenbilde.* (Fortschritte a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen. Ergänzungsband 26.)

Die kongenitale Knochensyphilis tritt in 2 Formen auf, als Osteochondritis syph. oder als Periostitis syph. In beiden Fällen liefert die Röntgenuntersuchung deutliche Befunde.

Im ersten Stadium der Osteochondritis läßt sie einen ganz charakteristischen, kräftigen, gänzlich strukturlosen Streifen an der Knochenknorpelgrenze der langen Röhrenknochen erkennen, von dem aus zackige Fortsätze in die Epiphyse hineingehen, während zur Diaphyse hin die Grenze geradlinig oder leicht wellig verläuft.

Anatomisch findet sich an der Stelle dieses Schattens eine Schicht knochenfreier, lediglich aus kalkhaltigem Material bestehender Substanz.

Im zweiten Stadium des Prozesses tritt an die Stelle dieser Kalkschicht Granulationsgewebe, zunächst nur stellenweise, kalkhaltige Partien wechseln mit kalkfreien ab. Dementsprechend schwindet im Röntgenbild der homogene Schatten, und es tritt an seine Stelle ein solcher von wechselnder Intensität.

Im dritten Stadium ist der Schwund kalkhaltiger Substanz komplett, zugleich ist der Knochen in seinem Gefüge so gelockert und zermürbt, daß Kontinuitätstrennungen des Gewebes eintreten. Dann haben wir den Zustand, der uns klinisch wie auch röntgenoskopisch als Epiphysenlösung imponiert. Die Kontinuitätstrennung erfolgt übrigens fast niemals genau im Bereich der Epiphysenlinie, sondern — was die Röntgenaufnahmen unwiderleglich beweisen — nur in deren Nachbarschaft, also im Schaft des Knochens oder in der Knochenknorpelgrenze oder auch im Knorpel selbst.

Die zweite Art der kongenitalen Knochensyphilis ist die Periostitis ossificans syph. congenita. Es handelt sich dabei um eine an den Diaphysen auftretende Erkrankung, die man schon an mazerierten Früchten antreffen kann, die bei überlebenden Kindern aber im Laufe der ersten Wochen und Monate post partum zunimmt und zu sehr beträchtlichen Verdickungen der großen Röhrenknochen und der Rippen führen kann, indem sich flächenhafte, den Knochenschaft schalen- oder mantelartig umgebende Lagen von elfenbeinharter Knochensubstanz bilden.

Beide Knochenerkrankungen kombinieren sich sehr selten, sie treten fast immer selbständig auf. Dabei sind die mit Periostitis behafteten Kinder anscheinend widerstandsfähiger als die mit Ostoechondritis, sie erreichen, selbst unbehandelt, ein etwas höheres Lebensalter.

In beiden Fällen sind die Knochenveränderungen so charakteristisch, daß sie nach Ansicht des Verf. die sichere Diagnose der kongenitalen Syphilis lediglich auf Grund des Röntgenbildes gestatten, z. B. hinsichtlich der Abgrenzung gegen Rachitis oder Barlowsche Krankheit. Bezüglich der Tuberkulose muß die Differentialdiagnose berücksichtigen, daß es sich bei schweren Tuberkulosen zwar um eine Multiplizität der Herde handeln kann, nie aber — wie bei der Syphilis — um eine Systemerkrankung des ganzen Skeletts, daß ferner bei der kongenitalen Syphilis korrespondierende Knochen immer in nahezu gleicher Intensität erkrankt sind, sowohl bei der Osteochondritis wie bei der Periostitis — ein Vorkommnis, das von der Tuberkulose weder des Erwachsenen noch des Kindes her bekannt ist.

Was den angeblichen Zusammenhang von Lues und Rachitis betrifft, so stellt der Verf. fest, daß der anatomische Nachweis einer Koinzidenz dieser beiden Erkrankungen bisher nicht erbracht worden sei und daß auch röntgenologisch keinerlei einwandsfreie, eine solche Auffassung rechtfertigende Tatsachen vorliegen.

Diejenigen Knochenteile, die von der Knochensyphilis am häufigsten befallen werden, sind die proximalen und distalen Schaftenden des Femur, in zweiter Linie kommen die entsprechenden Teile der Unterschenkelknochen, dann die distalen Enden der Vorderarmknochen und des Humerus. Birk.

E. J. Ginder. *Salvarsan bei Kindern.* (Wratschebnaja Gaseta, 1911, Nr. 46.)

Verf. hat 13 Kinder im Alter von $1^1/_2$ Monaten bis 13 Jahren mit Salvarsan behandelt und kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: Das Salvarsan ist unschädlich und bringt viele Symptome der Syphilis zum Verschwinden. Ob es imstande ist, letztere radikal zu heilen, wagt der Verf. nicht zu entscheiden. Es wirkt prompter als Quecksilber. Rezidive treten seltener auf. Von unliebsamen Nebenwirkungen hebt Verf. die bedeutende Schmerzhaftigkeit in der Gegend der Injektionsstelle hervor und die langsame Resorption des daselbst entstandenen Infiltrates. Nekrosen hat Verfasser nicht beobachtet. Schlieps (Charkow.)

A. K. Janowsky. *Tuberkulöse Spondylitis und der gegenwärtige Stand ihrer Heilung.*

Habilitationsvorlesung. Schlieps (Charkow).

B. A. Georgiewsky. *Zur Frage der Hausinfektionen in Kinderkrankenhäusern.* (Russkij Wratsch, 1911, Nr. 44.)

Statistik. Zum kurzen Referat nicht geeignet.

Schlieps (Charkow).

W. J. Moltschanow. *Beobachtungen über die Tuberkulinreaktion nach v. Pirquet bei akuten Infektionskrankheiten der Kinder.* (Russkij Wratsch, 1911, Nr. 43.)

Bei Masern im Stadium des Exanthems fiel die Kutanreaktion nach v. Pirquet stets negativ aus. Von Scharlachkindern war die Reaktion bei 15% schwach positiv, bei 85% negativ. Bei Diphtherie negativer Ausfall in 12·5%, schwach positiver in der Hälfte der Fälle. In Anbetracht dessen, daß der Ausfall der Kutanreaktion derartigen, von rein lokalen reaktiven Eigenschaften der Haut, wie man sie bei Infektionskrankheiten beobachten kann, abhängigen Schwankungen unterworfen ist, hält der Verf. dieselbe als diagnostisches Hilfsmittel für nicht allzu wertvoll. Eine Prognose für den Verlauf eines tuberkulösen Prozesses auf Grund der Reaktionsfähigkeit der Haut auf Tuberkulin zu stellen, erscheint ihm in jedem Falle gewagt.

Schlieps (Charkow).

K. A. Arssenjewa. *Zur Frage über die Urobilin- und Urobilinogenurie bei Scharlach und Masern.* (Russkij Wratsch, 1911, Nr. 51.)

Bei Scharlach ist die Reaktion im allgemeinen früher positiv, hält länger an und ist stärker als bei Masern. Das frühzeitige Auftreten von Urobilin und Urobilinogen im Harn könnte nach Ansicht der

Verfasserin vielleicht als differentialdiagnostisches Moment in Betracht kommen. Schlieps (Charkow).

I. A. Barannikow. *Die Bordet-Gengousche Reaktion bei Scharlach.* (Vorläufige Mitteilung.) (Russkij Wratsch, 1911, Nr. 19.)

Der Verf. stellte Extrakte aus verschiedenen Organen an Scharlach verstorbener Kinder sowie aus den Exkreten und Sekreten Scharlachkranker her. Einige der Extrakte verhinderten die Hämolyse. Das Blut war in verschiedenen Stadien der Erkrankung entnommen worden, vom 2. bis 40. Tage. Von 62 Kindern fiel bei 51 derselben die Reaktion positiv aus. Eine ausführliche Arbeit auf Grund langjähriger Blutuntersuchungen an Scharlachkranken wird in Aussicht gestellt. Schlieps (Charkow).

M. A. Dychno. *Das Rumpel-Leedesche Phänomen bei Scharlach.* (Wratschebnaja Gaseta, 1911, Nr. 51.)

Das Phänomen ist für Scharlach nicht pathognomonisch, da es auch bei einer andern akuten (Pocken) und einer chronischen (Syphilis) Infektionskrankheit hervorgerufen werden kann. Das Fehlen des Phänomens spricht gegen Scharlach, das Vorhandensein hat nur im Verein mit anderen Symptomen einen diagnostischen Wert. Schlieps (Charkow).

T. D. Rumjanzeff. *Über den Wert der Heilwirkung des Moserschen Scharlachserums.* (Pädiatrija, 1911, Nr. 4.)

Habilitationsvorlesung. Verf. hält mit Escherich das Erscheinen des Moserschen Serums für einen Wendepunkt in der Scharlachtherapie. Der Scharlach vor und nach der Serumtherapie sind gewissermaßen zwei verschiedene Krankheiten.

Schlieps (Charkow).

I. A. Barannikow. *Der diagnostische Wert der Leukozytenformel bei Masern im Kindesalter.* (Vorläufige Mitteilung.) (Russkij Wratsch, 1911, Nr. 20.)

Nach den Untersuchungen des Verf. gewährleistet die für Masern sprechende Leukozytenformel allein, ohne andere Symptome, nicht eine unfehlbare Diagnose. Schlieps (Charkow).

A. A. Russow. *Unterleibstyphus bei Kindern.* (Pädiatrija, 1911, Nr. 3.)

Unter 1034 Typhusfällen bei Kindern im Alter von 17 Monaten bis 15 Jahren waren 42% schwere Fälle, 33% mittelschwere, 20% leichte und 3·6% abortive. Die meisten Fälle betreffen das Alter zwischen dem 3. und 11. Jahre: 73·8%; die 11- bis 15jährigen Kinder waren mit 25·4% und die 0—3jährigen nur mit 0·8% beteiligt. Das Verhältnis von Mädchen zu Knaben war gleich 57 : 36. Die schweren Fälle waren bei Mädchen häufiger als bei Knaben (43 : 33). In bezug auf Ätiologie sei eine besondere Aufmerksamkeit auf die leichten und abortiven Fälle zu lenken, die nicht immer im Krankenhause behandelt, leicht übersehen werden und zur Weiterverbreitung des

Typhus beitragen können. Der Verlauf des Fiebers unterscheidet sich in schweren Fällen nicht wesentlich von dem bei Erwachsenen. Der Fieberabfall war in den beobachteten Fällen lytisch. Die mittlere Dauer der Erkrankung glich 12 Tagen bei den Abortivfällen, 20 bei den leichten, 25 bei den mittelschweren und 36 Tagen bei den schweren Fällen.

Der in 85% der Fälle konstatierte Milztumor hat große prognostische Bedeutung. Roseolen waren bei 53% vorhanden. Bronchitis (bei 46%) komplizierte das Stadium des Fieberanstieges. Durchfall gelangte bei 31% zur Beachtung.

Die Diazoreaktion wurde am 4. Tage der Erkrankung ausgeführt und war vom 8. bis 10. Tage an bei 66% positiv. Die Widalsche Agglutinationsprobe wurde am 12. Tage ausgeführt und fiel in 48% positiv aus.

Komplikationen von seiten des Ohres in 78% der Fälle. Rezidive kamen 25mal vor (2·4%); sie traten nach 10 bis 12 Tagen auf. Die Mortalität betrug 2·5%; es starben 20 Kinder im Alter von 4 bis 10 Jahren und 7 im Alter von 11 bis 13 Jahren. Die Therapie war eine diätetische und symptomatische. Schlieps (Charkow).

W. O. Motschan. *Über Vakzinetherapie der Gonokokkenvulvovaginitis im Kindesalter.* (Pädiatrija, 1911, Nr. 4.)

Von 7 behandelten Mädchen im Alter von 23 Monaten bis 11 Jahren wurden 2 völlig geheilt. Verf. rät, in allen Fällen einer protrahierten Gonokokkenvulvovaginitis die Vakzinetherapie nach Wright zu versuchen. Schlieps (Charkow).

W. P. Piwowaroff. *Ein Fall von Pneumokokkeninfektion.* (Pädiatrija, 1911, Nr. 3.) Schlieps (Charkow).

A. Poletajeff. *Zur Frage über den Verlauf der Parotitis epidemica.* (Wratschebnaja Gaseta, 1911, Nr. 47.)

Die Angaben älterer, meist französischer Autoren über eine relativ häufige Kombination der Parotitis epidemica mit Orchitis, die der Verf. auf Grund seines Beobachtungsmaterials nicht teilen kann, führt er zum Teil darauf zurück, daß ihr Beobachtungsmaterial meist aus jungen Leuten bestand, bei denen auch sonst vielfach Erkrankungen der Geschlechtsorgane vorkommen. Die in den Lehrbüchern enthaltenen Angaben über die Häufigkeit der mit Hodenschwellung komplizierten Parotitis epidemica seien einer Revision zu unterziehen, da sie sich auf Literaturangaben stützen, die über ein Jahrhundert alt sind. Es sei nicht ausgeschlossen, daß während dieser Zeit der spezifische Erreger des Mumps Evolutionen durchgemacht habe. Schlieps (Charkow).

W. K. Sarembskaja. *Ein Fall von geheilter Meningitis bei einem einjährigen Kinde.* (Pädiatrija, 1911, Nr. 4.)

Nach einer ausführlichen Mitteilung der Krankengeschichte wirft die Verf. die Frage auf: „Das Kind ist jetzt vollständig genesen,

aber von welcher Krankheit? Die Diagnose steht bis jetzt noch nicht fest." Die Antwort auf diese Frage ist nicht schwer. Es dürfte sich um einen Fall der Heine-Medinschen Krankheit, und zwar um die von Wickman aufgestellte meningitische Form derselben gehandelt haben: akuter Beginn, negativer Befund der Zerebrospinalflüssigkeit (quoad Tbc. usw.), kurze Dauer, Ausgang in völlige Genesung usw. Der gut beobachtete Fall ist geradezu typisch. Schlieps (Charkow).

E. Thomas. *Zur Einteilung der Myxödemformen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 461.)

Neben einer angeborenen totalen Aplasie der Schilddrüse gibt es auch eine Hypoplasie derselben. In diesen Fällen findet sich nicht ein in allen Durchmessern gleichmäßig verkleinertes Organ an typischer Stelle, sondern das vorhandene Schilddrüsengewebe ist dystopisch, meist eingeschlossen in Tumoren des Zungengrundes. Die Fälle totaler Aplasie der Schilddrüse überleben nie das Pupertätsalter. Wo es sich um Fälle von angeborenem Myxödem handelt, die älter werden, ist immer anzunehmen, daß es sich um angeborene Hypoplasie (mit Dystopie) handelt. Birk (Kiel).

L. M. Pussep. *Die operative Therapie des Hydrocephalus internus bei Kindern.* (Pädiatrija, 1911, Nr. 1/2.)

Mitteilung der vom Verf. angewandten Operationsmethode. Verf. rät, in jedem Falle sich nicht allein an der Operation genügen zu lassen, sondern auch eine energische medikamentöse Therapie einzuleiten. Schlieps (Charkow).

A. M. Popoff. *Chorea rythmica hysterica infantum.* (Wratschebnaja Gaseta, 1911, Nr. 48/49.)

Ausführliche Beschreibung eines Falles.
Schlieps (Charkow).

Stöltzner (Halle). *Über Kinderkrämpfe und ihre Behandlung.* (Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung, 1912, Nr. 10.)

Vortrag, gehalten im Auftrage der lokalen Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen zu Halle.

Bei der Behandlung der Kinderkrämpfe bevorzugt der Verf., wenn Frauenmilch nicht zur Verfügung steht, dicke Mehlsuppen mit Zucker ohne Milch, gleichzeitig 2 mal täglich 1 Teelöffel Phosphorlebertran. Er läßt die Mehlsuppe mit Butter zurecht machen und daneben Fleischbrühe, fein gewiegtes gebratenes oder gekochtes Fleisch oder gekochtes Eiereiweiß und durchgeschlagene Gemüse geben, also eine zwar milchfreie, aber im übrigen vielseitige gemischte Kost. Birk.

E. Moro. *Bedingte Reflexe bei Kindern und ihre klinische Bedeutung.* (Therap. d. Gegenw., 1912, S. 151.)

Zusammenfassendes, sehr klares Referat mit Mitteilung eigener Beobachtung über die Bedeutung der bedingten Reflexe für Physiologie und Pathologie des Kindesalters. Orgler.

B. Schick. *Zwei Fälle von familiärer spinaler Muskeldystrophie.* (Wiener med. Wochenschr., 1912, S. 1186.)

Vom Ende des ersten Lebensjahres verschlechterte sich bei 2 Geschwistern das Gehvermögen, hochgradige Atrophie der Muskeln (besonders Becken und untere Extremität) und Knochen. Stillstand im 3. Lebensjahre und allmähliche Erholung der Muskulatur; elektrische Erregbarkeit ist erloschen. Es handelt sich um infantile, hereditäre, familiäre spinale Muskelatrophie im Sinne Hoffmann-Werdnig, eventuell um eine chronische Poliomyelitis.

Lehndorff (Wien).

P. Haushalter. *Contribution à l'étude de la „Démence précoce" dans l'enfance.* (Arch. de Méd. des enf., XV, 3.)

Die Dementia praecox tritt selten vor der Pubertät auf. Die beiden Fälle, die Haushalter mitteilt, beweisen indessen, daß sie auch im richtigen Kindesalter schon einsetzen kann. Der eine Fall betraf ein Mädchen von 11 Jahren, das nach einer normalen Entwicklung im Alter von 7 Jahren erkrankte: in progressiver Weise verfiel der Intellekt bis zur vollständigen, schweren Demenz. Eine Reihe körperlicher Symptome, die bei dem Kinde bestanden, wie schleppender, spastischer Gang, Tremor, Sprachstörungen, Pupillenstörungen, Reflexsteigerung, ließen an allgemeine Paralyse denken. Die anatomische Untersuchung des Nervensystems zeigte indessen keinerlei Veränderungen im Sinne einer Paralyse, sondern es fand sich nur die für Dementia praecox charakteristische Chromatolyse der Pyramidenzellen mit oder ohne Homogenisierung des Kerns.

Der andere Fall, der einen 13jährigen Knaben betraf, zeigte den ganzen charakteristischen Symptomenkomplex, wie er im späteren Alter als typisch gilt. Die Krankheit setzte mit 12 Jahren ein und äußerte sich anfangs in Erregungszuständen. Bald danach zeigte sich die intellektuelle Schwäche und unter Perioden abwechselnder Erregtheit und Ruhe mit katatonischen Erscheinungen vollzog sich der völlige geistige Verfall, und mit 15 Jahren ging das Kind infolge von Nahrungsverweigerung kachektisch zugrunde. Bemerkenswert ist, daß das Wachstum des Kindes seit mehreren Jahren stehen geblieben war und auch beim Tode noch keine Pubertätszeichen vorhanden waren. Die Autopsie wurde in diesem Falle nicht ausgeführt. Anamnestisch ist hervorzuheben, daß beide Eltern syphilitisch und schwer neuropathisch waren. Haushalter möchte aber der Syphilis eine sichere Rolle für die Entstehung der Dementia praecox nicht zuerkennen. Thorspecken (Badenweiler).

N. N. Filippoff. *Ausgewählte klinische Fälle aus der Chirurgie des Kindesalters.* (Pädiatrija, 1911, Nr. 4.)

Kasuistische Mitteilungen nebst Angabe der vom Verf. angewandten Operationsmethoden. Schlieps (Charkow).

J. Comby. *Invagination intestinale chronique prise pour une dysenterie.* (Arch. de Méd. des enf., XV, 1.)

Ein 4jähriges Kind erkrankte mit Durchfall und Leibschmerzen. Nach etwa 8 Tagen bekamen die Stühle blutigschleimige Beschaffenheit und wurden späterhin melänaartig. Da die Darmpassage nie unterbrochen war und ein wurstförmiger Tumor nicht zu fühlen war, wurde die Krankheit trotz fehlenden Amöbenbefundes als Dysenterie aufgefaßt. Das Kind ging nach einigen Wochen an Peritonitis ein. Comby hält es für unmöglich, in einem Falle, wie dem beschriebenen, einen diagnostischen Irrtum sicher zu vermeiden.

Thorspecken (Badenweiler).

Roman. *Ein Beitrag zu den metastatischen Tumoren des Knochensystems.* (Zieglers Beitr. zur pathol. Anal., LIII, 1912, S. 69.)

2jähriger Knabe mit angeborenem Gliom der Netzhaut und zahlreichen Metastasen in die Schädelknochen. Besprechung der Histologie und Pathogenese. Lehndorff (Wien).

R. Francais. *Ostéomyélite aigue du maxillaire supérieur chez la nourrisson.* (Arch. de Méd. des enf., XV, 1.)

Im Anschluß an drei eigene Fälle von Osteomyelitis des Oberkiefers, die sämtlich Säuglinge in den ersten Wochen oder Monaten betrafen, bespricht Francais die Pathologie und Symptomatologie dieser ziemlich seltenen Form der Osteomyelitis. Die Infektion pflegt von den Zahnkeimen auszugehen und greift infolge der lockeren Beschaffenheit der Knochenspongiosa des Oberkiefers schnell um sich, so daß es gewöhnlich rasch zur Abszedierung kommt. Unter plötzlichem Temperaturanstieg, häufiger aber unter allmählicherem Beginn des Fiebers entwickeln sich die lokalen Erscheinungen. Entweder ist dann eine halbseitige Schwellung des Alveolarrandes nachzuweisen, oder es besteht eine leicht erkennbare Schwellung der einen Gesichtshälfte, die eventuell auch das untere Augenlid mitbetreffen kann. Verwechslungen mit Gesichtserysipel, Ophthalmie u. a. sind möglich; diagnostisch wichtig ist deshalb die Feststellung eitrigen Nasenausflusses aus der betreffenden Seite oder der mittels Sonde häufig zu führende Nachweis einer Knochenfistel. Die Prognose der Affektion, die mitunter auch doppelseitig auftritt, ist wegen der Möglichkeit anderweitiger Komplikationen ziemlich ungünstig. Die Mortalität beträgt 30%. Die Therapie muß eine frühzeitige chirurgische sein. Thorspecken (Badenweiler).

Fürsorge.

A. Balestre et **M. d'Oelsnitz.** *Création d'une goutte de lait par la société protectrice de l'enfance de Nice.* (Avantages tirés de l'association de ces deux oeuvres.) Arch. de Méd. des enf., XV, 2.)

Vergleiche den Bericht über den 3. Kongreß des Internationalen Bundes für Säuglingsschutz in Berlin, September 1911.

Thorspecken (Badenweiler).

Besprechungen.

P. Hansen. *Die Säuglingssterblichkeit der Provinz Schleswig-Holstein und die Mittel zu ihrer Abhilfe.* (Mit 45 Tafeln und Karten.) (Druck und Verlag L. Handorff, Kiel.)

Auf Grund der amtlichen Quellen hat der Verf. versucht, eine Darstellung der Säuglingssterblichkeit in Schleswig-Holstein zu geben. Er hat ein ebenso umfangreiches wie wertvolles Material zusammengetragen, welches ohne Zweifel auch über die Grenzen der Provinz hinaus einem großen Interesse begegnen wird. Der erste, allgemeine Teil beleuchtet die Säuglingssterblichkeit in ihrer Abhängigkeit von Grund und Boden, Klima, Art der Bevölkerung, in ihren Beziehungen zur Gesamtsterblichkeit, zur Geburtenzahl, zur Unehelichkeit, stellt auch die Mortalität an Magendarmkrankheiten derjenigen an Infektionskrankheiten gegenüber.

Der II. Teil enthält die Statistik der Säuglingssterblichkeit: die Mortalitätsverhältnisse der einzelnen Städte und Kreise der Provinz, teils in Form von Kurven, teils in Tabellen, erläutert durch einen kurzen, öfter vielfach allzu kurzen Text.

Der III. Teil bringt die Mittel zur Abstellung der Säuglingssterblichkeit: Propaganda fürs Stillen, Hygiene der Milchgewinnung, Milchküchen, Beratungsstellen, Stillprämien, Merkblätter, Ziehkinderwesen, Bekämpfung des Pauperismus usw.

Die kurze Skizzierung des Inhalts zeigt schon, daß es sich um eine sehr gründliche Bearbeitung des Themas handelt. Von größtem Werte sind vor allem die statistischen Daten, die von überallher zusammengetragen zu haben sich der Verf. zum Verdienst anrechnen kann. Birk.

Schmidt und **Schröder.** *Orthopädisches Schulturnen.* (Mit 48 Übungsbildern etc.) (Druck und Verlag von Teubner, Wien, 1911.)

Die Häufigkeit von Anamolien der Körperhaltung unter der Schuljugend hat die mannigfachsten Maßregeln und Vorschläge hervorgerufen. So hat man — neben dem regelrechten Schulturnen —

noch alltägliche kurze Haltungsübungen eingeführt, das sogenannte Zehnminutenturnen. An einzelnen Orten ist man noch weiter gegangen und hat für Kinder mit Skoliosen oder mit schlechter Körperhaltung das „orthopädische Schulturnen" eingeführt. Als Leitfaden für die Übungen in diesen Stunden soll das vorliegende Heft dienen. Der erste der Autoren hat als Arzt die physiologische Einleitung geschrieben, der zweite — der Turnlehrer — hat die eigentlichen Übungen verfaßt. — Allem Anschein nach ist das Buch vortrefflich geeignet, seiner Aufgabe gerecht zu werden. Birk.

Edward Seguin. *Die Idiotie und ihre Behandlung nach physiologischer Methode.* (Herausgegeben von Dr. Krenberger-Wien.) (Verlag von Karl Graeser & Comp., Wien, 1912.)

Das Buch Seguins ist bereits vor einem halben Jahrhundert erschienen. Gleichwohl hat es der Herausgeber für nutzbringend erachtet, es den deutschen Lesern zugänglich zu machen, weil nach seiner Meinung die Lehren Seguins heute noch bestehen, von niemandem überholt und auch von keinem erreicht worden sind. Er wendet sich hauptsächlich an heilpädagogische Kreise, die hiermit auf das Buch aufmerksam gemacht seien. Birk.

L. Hirschstein (Hamburg). *Über Säureretention als Krankheitsursache, zugleich ein Beitrag zum Chemismus des Schlafes.* (Verlag von L. Voss, Hamburg und Leipzig, 1911, M. 3.—.)

Der Verf. versucht in seiner Schrift den Nachweis zu führen, daß unter Umständen die normal im Körper gebildeten Säuren zurückbehalten werden und eine Übersäuerung des Körpers herbeiführen. Dadurch kommt es zu gewissen pathologischen Erscheinungen, namentlich zu „nervösen" Symptomen. Er gründet diese Ansicht zum Teil auf klinische Beobachtungen, zum Teil auf umfangreiche Stoffwechseluntersuchungen, die ausführlich mitgeteilt werden

Birk.

Kellner. *Die Hamburger Idioten- und Epileptikeranstalt in Alsterdorf.* (Verlag der Agentur des Rauhen Hauses in Hamburg.)

Idiotenanstalten sind eine Welt für sich. Nicht vielen ist es vergönnt, einmal einen Blick hinter ihre Kulissen zu tun. Darum ist es doppelt interessant, zu lesen, in welcher Weise sich das Material dieser Anstalten zusammensetzt und wie sich das Leben in ihnen abspielt. Hin und wieder hat der Autor, der offenbar über ein gutes Menschenurteil verfügt, treffliche Beobachtungen und Bemerkungen über die moderne Erziehung, Ernährung usw. von abnormen und „normalen" eingeflochten. Birk.

I. Ergänzende Literaturübersicht.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

Azéma. Indications de la cure marine chez les enfants. (Toulouse méd., Bd. XIII, S. 181.)

H. Barbier. Dangers de linges non stérilisés dans les services de nourrissons. (Rev. mens. gynécol. et péd., Bd. VI, S. 73.)

v. Bergmann-Rosoff. Les réactions cutanées diathésiques chez le nourrisson. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 357.)

Boissard. Le nouveau règlement sur la vaccination chez le nouveau-né. (Soc. d'obstétr. de Paris, 1911, séance du 15. Juin.)

Brelet. La médication arsenicale chez l'enfant. (Gaz. des hôp., Bd. LXXXIV, S. 1796.)

Buecheler. Über die Lebensaussichten jüngster Früchte. (Vortrag in der Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie an der 83. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Karlsruhe 1911.)

Coit H. L. Functions of a State pediatric society. (Arch. of Pediatrics, Bd. XXVIII, S. 884.)

André Collin. Procédés de recherches de la résistance à la fatigue chez l'enfant. Rapports de ce phénomène avec l'évolution de l'être; essai de valeur pronostique. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 69, 20. Juni, S. 1061, 1066.)

P. M. Constantin. Technique de l'examen auditif dans la première enfance et dans la première partie de la deuxième enfance. (Presse méd., Bd. XIX, S. 715.)

Cordier. A propos du rapport du prof. Marfan sur l'enseignement de l'hygiène et des maladies des nourrissons dans les facultés de médecine. (Ann. Policlin. centr. de Bruxelles, Bd. XI, S. 249.)

J. D. Davis. On plasma cells in the tonsils. (Plasmazellen in den Tonsillen.) (Journ. of Infect. dis., 1912, Bd. X, S. 142—147.)

J. Bebègne. Des dents à la naissance (Thèse de Paris, 1911, Nr. 371.)

J. Denys. L'hygiène des petits enfants en Russie. (Le Conseiller de la famille, Bd. VI, Nr. 10, nov., S. 222.)

H. Donath. Über die therapeutische Anwendung des Phytinum liquidum in der Kinderheilkunde. (Wiener klin. Wochenschr., XXIV, S. 1192.

Dueros. Du choix d'une station thermale pour les enfants. (Concours méd., Bd. XXXIII, S. 667.)

A. Filia. Sulla distribuzione del ferro nel fegato dei bambini. (Gazz. d. osped., Bd. XXXII, S. 1310.

L. Findlay. The systolic. pressure at different points of the circulation in the child and the adult. (Quart. Journ. of med., v, 489.)

E. Giliberti. Fisiologia e fisiopatologia del timo. (Pediatria, Bd. XIX, S. 845.)

Godin. Variations des proportions de longueur et de largeur du corps dans le sexe masculin au cours de l'ontogénie post-fœtale. Leurs lois évolutrices. (Clinique infant., Bd. IX, S. 422.)

P. Godin. Essai d'explication du rôle de la puberté chez l'homme. (Clinique infant., Bd. IX, S. 617.)

Haussen. Les dangers de l'hydrothérapie chez les nourrissons. (Clinique prat. méd.-chir., Bd. VII, S. 231.)

A. Herpin. Note sur un cas de dent à la naissance. (Journ. de l'anat. et physiol., Bd. XLVII, Nr. 5, S. 537.)

C. Herrmann. A study of one hundred infants from birth to the end of the first year. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 156.)

Hoag. Prophylaxis during childhood. (Die Prophylaxe im Kindesalter.) (Arch. of Pediatrics, November 1911.)

Wachenheim (New York).

C. Jeannin. La vaccination précoce du nouveau-né; ses dangers possibles, ses résultats. (Presse méd., Bd. XIX, S. 624.)

Jendrassik (Budapest). Über die Frage des Knabengeburtenüberschusses und über andere Hereditätsprobleme. (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1729.)

Kerr. Preconceptional, intrauterine and congenital factors in the production of handicapped children. (Präkonzeptionelle, intrauterine und kongenitale Momente bei der Erzeugung minderwertiger Kinder.) (New York State, Journ. of Med., November 1911.)
Wachenheim (New York).

O. Kutwirt. Über das Gehör Neugeborener und Säuglinge. (Beitr. z. Anat., Pathol. des Ohres, der Nase, usw., Bd. V., S. 237.)

Lesné. La cure d'eau chez les enfants. (Presse therm., Bd. VII, S. 217.)

E. Leuret. Accidents de la première dentition: Inhibitions viscérales; acholie passagère. (Gaz. hebdom. scienc. méd. de Bordeaux, Bd. XXXII, S. 390.)

A. B. Marfan. Enseignement de l'hygiène et des maladies des nourrissons dans les Facultés de médecine. (Presse méd., Bd. XIX, S. 737.)

J. Merklen, Jean-Jaques Rousseau et **Dessessartz.** Contribution à l'histoire de l'évelage des nourrissons. (Journ. de méd. int., Bd. XV, 2. Serie, S. 267.)

P. Merklen. L'indice respiratoire dans l'insuffisance nasale de la seconde enfance. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 374.)

— L'indice abdomino-costal dans la seconde enfance. Expansion ou rétraction inspiratoire de l'abdomen. (Journ. de physioth., Bd. IX, 537.)

René Mouchet. De la présence des protozoaires dans les organes des enfants. (Arch. de méd. expér. etc., 1911, Januar.)

A. Muggia (Turin). Su alcune modificazioni del polso e della pressione arteriosa nei bambini. (La Pediatria, Nr. 1, 1911.)
Dotti (Florenz).

P. Nobécourt. Digitaline et théobromine chez l'enfant. (Journ. de méd. de Paris, Bd. XXXI, Nr. 50, S. 971.)

E. Olivier. Anatomie topographique et chirurgie du thymus. (Thèse de Paris, Nr. 31.)

Petrucci. Ricerche sperimentali sul passagio da madre a feto del piombo, del fosforo, dell' arsenico e del mercurio. (Ann. di ostetr., Bd. XXXIII, S. 323.)

Friedel Pick (Prag). Über Vererbung von Krankheiten. (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1465.)
Allgemeine Übersicht mit besonderer Berücksichtigung des „Mendelismus".
Birk.

Pisek and **Pease.** Anaphylaxis in its relation to pediatric practice. (Die Anaphylaxie in der Kinderheilkunde.) (Boston Med. and Surg. Journ., 25. Januar 1912.) Wachenheim (New York).

Potter. Edema in infants. (Ödem bei Säuglingen.) (Arch. of Pediatrics, März 1912.) Wachenheim (New York).

L. Raynaud. Les vaccinations et revaccinations pratiquées dans le département d'Alger pendant l'année 1910. (Bull. méd. de l'Algérie, 2e sér., Bd. XXII, S. 599.)

K. Reiferscheid. Über intrauterine Atembewegungen des Fötus. (Universitäts-Frauenklinik in Bonn.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911, S. 877.) Birk (Kiel).

Rivière et **Secousse.** Ossification précoce des os du crâne. (Gaz. hebdom. scienc. méd. de Bordeaux, Bd. XXXII, S. 452.)

G. B. Sajetto. Sopra la propagazione a grande distanza dei soffi cardiaci nei bambini. (Rassegna di pediatria, Bd. II, S. 10, 1.)

W. H. Sanders. The physiology and legal status of the fetus in utero. (Pediatrics, Bd. XXIII, S. 525.)

O. O. Stoland. The relative toxicity of dog's normal and hypertrophied thyroids to animals susceptible to thyroid feeding. (Die Giftigkeit

von normalen und hypertrophischen Schilddrüsen für Tiere, die für Schilddrüsenfütterung empfindlich sind.) (Amer. Journ. of Physiol., 1912, Bd. XXX, S. 37—41.)

Terrien. Médecine infantile en 1910. (Rev. mens. du prat., Bd. I, S. 21.)

E. Terrien. Notes on infantile medicine in 1910 (Med. Press and Circ., n. sér., Bd. XCII, S. 442.)

H. Thursfield. Errors and difficulties in diagnosis in children. (Birmingham med. Rev., Bd. LXX, S. 259.)

Tomlinson. Adenoids. (Terap. Gazette, 15. Oktober 1911.)

Variot. L'examen des nourrissons. (Journ. des prat. Bd. XXV, S. 787.)

G. Variot. L'examen des nourrissons par les méthodes cliniques et de laboratoire. (Clinique infant., Bd. IX, S. 740.)

White. Vaccine therapy in children. (Vakzinetherapie bei Kindern.) (Virginia Med. Semimonthly, 9. Februar 1912.)
Wachenheim (New York).

J. Zappert. Die Spinalganglien im Kindesalter. (Arb. a. d. neurol. Inst. Wien, Bd. XIX, S. 304.)

Entwicklung und Erziehung, Schule.

L. C. Ager. Open-air schools and fresh air in schools.(Freiluftschulen und Schulventilation.) (Arch. of Pediatrics, Oktober 1911, Bd. XXVIII, S. 839.)

T. Altschul. Fortschritte auf schulhygienischem Gebiete. Schulhygienische Umschau. (Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl., Bd. XLIII, S. 693.)

— Die geistige Ermüdung der Schuljugend. Ermüdungsmessungen und ihre historische Entwicklung. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1911, Bd. CX, S. 267.)

Ayers. Civic medical inspection of schools, with special reference to diseases of eye, ear and throat. (Ärztliche Schulaufsicht, speziell in bezug auf Augen-, Ohren- und Halskrankheiten.) (Lancet-Clinic, 23. Dezember 1911.) Wachenheim (New York).

G. S. C. Badger and **J. B. Hawes.** Open air rooms and hospital schools. (Freiluftzimmer und Hospitalschulen.) (Boston Med. and Surg. Journ., 23. November 1911, Bd. CLXV, S. 791.)
Wachenheim (New York).

S. Barwise. J. Priestley und **H. A. Auden.** Discussion on the medical treatment of school children. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2642, S. 375.)

J. D. Bowen. Contagious affections of the skin in preparatory schools and colleges. (Kontagiöse Hautkrankheiten in der Schule.) (Boston Med. and Surg. Journ., 21. Dezember 1911, S. 937.)
Wachenheim (New York).

Brockway. Medical inspection of school children. (Ärztliche Schulaufsicht.) (Pediatrics, Januar 1912.)
Wachenheim (New York).

L. Burgestein. Règles d'hygiène pour les écoliers et écolières. (Rennes méd., Bd. VII, S. 107.)

G. Büttner. Vom Wormser Kindererholungsheim in Neckar-Steinach. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 19.)

Caillaud. L'inspection oculistique des écoles municipales à Paris. (Rev. intern. d'hyg. et thér. ocul., Bd. V, S. 129.)

W. P. Cowes. Some problems of school inspection. (Boston Med. and Surg. Journ., Bd. CLXIV, S. 814.)

Davezac. Des délais imposés aux enfants des écoles pour leur réintégration après une maladie à déclaration obligatoire. (Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, Bd. XXXII, S. 330.)

E. Devaux. Valeur pratique de l'écriture droite et de l'écriture penchée dans les écoles primaires. (Thèse de Montpellier, S. 82.)

Th. Dippold. Fortgangsnote und Turnnote. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 262.)

Dobr. Ger. Popowic. Hygienische Neuheiten in den Schulen des Kreises Kragujewatz in Serbien. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 343.)

Dock and Harris. Vaccine virus and the results of vaccination in public schools of St. Louis. (Vakzine und die Erfolge der Schutzpockenimpfung in den Schulen zu St. Louis.) (Interstate Med. Journ., Februar 1912.) Wachenheim (New York).

Dolch. Erziehung zur Arbeit. (Zeitschr. f. Schulgesundheitslehre, 1911, Bd. XXIV, S. 873.)

M. Doell. Die Schularztfrage und die bayerischen Mittelschulen (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 2, 100.)

G. Drouineau. Création d'une école de perfectionnement pour les enfants anormaux. (Presse méd., Bd. XIX, S. 761.)

Ernst. Zahnuntersuchungen an Kieler Volksschulkindern. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 241.)

H. Federschmidt. Die hygienischen Verhältnisse der Volksschulen des Bezirksamtes Ansbach. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 81, 183.)

Field. The school room. (Das Schulzimmer.) (Med. Fortnightly, 10. November 1911.) Wachenheim (New York).

R. G. Freeman. The preservation of health in school children. (Die Gesundheitspflege der Schulkinder.) (Med. Record, 16. Dezember 1911, Bd. LXXX, S. 1215.)

H. Fürth. Lehrerlasten und Lehrerlohn. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 118.)

O. St. J. Gogarty. The need of medical inspection of school children in Ireland. (Dublin Journ. of Med. scienc., 3e sér., Nr. 480, Ier déc., S. 409.)

O. Grenness. Die norwegischen Volksschulen in hygienischer Hinsicht. (Internat. Arch. f. Schulhyg., 1911, Bd. VII, S. 542.)

Guinon. Sur la durée d'éviction des écoliers atteints de maladies contagieuses. (L'Hyg. scol., Bd. LV, S. 153.)

Gunnussen. Untersuchungen über Volksschulenmyopie in Christiania. (Arch. f. Augenheilk., 1911, Bd. CXIX, S. 400.)

J. B. Hawes. Report on replies to a circular letter concerning fresh-air rooms and outdoor schools ... (Boston Med. and Surg. Journ., Bd. CLXV, S. 633.)

H. Henneberg. Ein Beitrag zur Zahnfrage. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1911, Bd. XXIV, S. 894.)

Herber. Ein Schulsanatorium in Frankfurt am Main. (Der Schularzt, 1912, Bd. X, S. 17.)

Heron. Our duty to school children. (Unsere Pflicht gegenüber Schulkindern.) (Journ. Med. Soc., New Jersey, Februar 1912.) Wachenheim (New York).

Holmes. Improved medical inspection of public schools and its results. (Erfolge der verbesserten ärztlichen Schulaufsicht.) (Journ. Med. Soc., New Jersey, Dezember 1911.) Wachenheim (New York).

C. W. Hutt. L'alimentation des écoliers nécessiteux en Angleterre et dans le pays de Galles. (L'Hyg. scolaire, Nr. 36, oct., 217.)

Hyde. Medical inspection of schools. (Ärztliche Schulaufsicht.) (Northwest Med., Dezember 1911.) Wachenheim (New York).

P. Jacques. La prophylaxie de la surdité chez les écoliers. (Journ. de méd de Paris, Bd. XXXI, S. 754.)

Jones. Medical inspection of schools. (Ärztliche Schulaufsicht.) (Wisconsin Med. Journ., November 1911.) Wachenheim (New York)..

Kämmerer. Die Erfahrungen mit Koedukation an den höheren Schulen Württembergs. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 425.)

F. Kemsies. Die Hygiene im Lehrplan der Schule (Intern. Arch. f. Schulhyg., 1911, Bd. VII, S. 558.)
F. Kemsies und **L. Hirschlaff.** Arbeits- und Ruhehaltungen in der Schulbank. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 409.)
G. W. Khlopine. Die Schulkrankheiten unter den Kindern der russischen Mittelschulen. (Intern. Arch. f. Schulhyg., 1911, Bd. VII, S. 329.)
M. Kirmsse. Die VIII. Schweizerische Konferenz für Schwachsinnigenfürsorge in Bern. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 27.)
Krautwurst. Der heutige Stand der Fürsorge für Schwerhörige in den Schulen. (Intern. Zentralbl. f. Ohrenheilk., Bd. X, S. 1.)
Kreissmann. Zur Frage der orthopädischen Turnkurse. (Der Schularzt, 1912, Bd. X, S. 305.)
T. F. Leen. Open-air rooms and schools. (Boston Med. and Surg. Journ., Bd. CLXV, S. 630.)
A. E. F. J. Lien. De l'inspection otologique à l'école. (Thèse de Lille, Nr. 14.)
Van Lint. Comment nous devons protéger les yeux des enfants. (La Policlin. (Bruxelles), Bd. XX, S. 225, 241.)
L. Loydild. Die ärztliche Beaufsichtigung der Schulkinder in Australien. (Der Schularzt, 1912, Bd. X, S. 1.)
Macy. Value of a biological key in the education of a child. (Die biologische Norm beim Kinderunterricht.) (Pediatrics, Januar 1912.)
L. Magnanon. Le médecin scolaire. (Thèse de Lyon.)
Méry. Les écoles de plein air. (Paris méd., Bd. II, S. 32.)
B. Monigliano. Sul servizio odontoiatrico nelle scuole. (Riv. di igiene e di san. pubbl., Bd. XXII, S. 417.)
Montgomery. Medical inspection of schools. (Ärztliche Schulaufsicht.) (Journ. Oklahoma State Med. Assoc., Dezember 1911.)
W a c h e n h e i m (New York).
C. Ott. Prophylaxie des maladies transmissibles dans les écoles primaires de la Seine-Inférieure. (Rev. prat. d'hyg. mun., Bd. VII, S. 300.)
Pasquier. Doit-on isoler de l'école les enfants atteints d'otite suppurée? (Courr. méd., Bd. LXI, S. 289.)
M. Perrin. Utilité pour certains enfants de la fréquentatation scolaire précoce. (Province méd., Bd. XXIV, S. 491.)
Peters. Die Erwerbsarbeit der Volksschulkinder zu Halle a. d. S. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 436.)
Poetter und **Kloberg.** Schulärztlicher Gesamtbericht für Leipzig über das Schuljahr 1910/1911. (Der Schularzt, 1912, Bd. X, S. 385.)
C. E. Reynolds. Nasal obstruction and its consequences in school children. (British Med. Jorun., Nr. 2644, 2 sept., S. 472.)
Rothfeld. Städtische Fürsorge auf dem Gebiete orthopädischen Turnunterrichts. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 350.)
G. Schreiber. Hygiène sociale. La protection des nourrissons et des enfants à Berlin. (Presse méd., Bd. XIX, S. 1909.)
B. D. A. Friedrich Schulze. Das Erholungsheim, Ferienkurhaus, Schülerheim, Pädagogium, unter besonderer Berücksichtigung der hygienischen Anforderungen. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 161.)
E. Sendelbach. Schulhygienisches. (Arch. f. Stadthyg., H. 7, S. 3.)
F. Steinhaus. Zur Frage der Vereinheitlichung des schulärztlichen Dienstes in Deutschland. (Der Schularzt, 1912, Bd. X, S. 481.)
Steinhaus. Bemerkungen zur Schulbauhygiene in Anlehnung an die Vorschriften betreffend „Bau und Einrichtung ländlicher Volksschulhäuser in Preußen". (Der Schularzt, 1911, Bd. IX, S. 191.)
J. O. Symes. Some observations on school hygiene. (Bristol med.-chir., Journ., Bd. XXIX, S. 109.)
Toledano. De la nécessité d'examiner avec soin, lors de leur rentrée à l'école, les enfants atteints d'affections contagieuses. (Méd. scol., Bd. IV, S. 199.)

H. Truc. Sur les moyens d'éviter les troubles visuels à l'école. (Montpellier méd., Bd. LIV, S. 289.)

W. Tuxford und **A. Glegg.** The average heigh and weight of english children. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2633, S. 1423.)

Whipple. Instruction of teachers in school hygiene. (Unterricht des Lehrpersonals in der Schulhygiene.) (Woman's Med. Journ., Dezember 1911.) Wachenheim (New York).

Wile. A programme for sex instruction. (Programm für sexuelle Erziehung.) (Arch. of Pediatrics, Februar 1912.) Wachenheim (New York).

Wimmen-Auer. Schulärzte und Schulzahlhygiene. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1911, Bd. XXIV, S. 882.)

Wingerath. Allmählicher Verlauf der Kurzsichtigkeitsbewegung bis zu ihrem Wendepunkte. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 321.)

Ernährung und Stoffwechsel.

H. D. Arnold and **R. C. Larrabee.** The importance of the quantitative regulation of the diet. (Journ. Amer. Med. Assoc., Bd. LVII, S. 1119.)

E. C. Aviragnet et **Dorlencourt.** Graisses neutres, acides gras et savons dans les selles des nourrissons et des enfants du premier âge. (Paris méd., Bd. II, S. 181.)

N. D. Awerkijew. Über ein tierisches Alkaloid aus sterilisierter und unter bestimmten Bedingungen aufbewahrter Milch. (Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. LXXII, S. 347.)

J. Bang. Über den chemischen Vorgang bei der Milchgerinnung durch Lab. (Zeitschr. f. physiol. Chemie, 1911, Bd. DXXIV, S. 169.)

H. Barbier. Besoins de l'organisme de l'enfant en éléments minéraux. (Journ. de diét. et bact., Bd. II, S. 147, 202.)

Barbour. Les dyspepsies de la seconde enfance; leurs conséquences, leur traitement. (Gaz. des hôp., Bd. LXXXIV, S. 2029.)

E. H. Bartley. The inorganic constituents of foods in the nutrition of infants and children. (Amer. Jorun. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 683.)

K. Basch. Einige viskometrische Beobachtungen an der Milch des Menschen. (Wiener klin. Wochenschr., Bd. XXIV, S. 1592.)

A. Bauereisen. Zur Frage der biologischen Differenzierung der Milcheiweißkörper. (Zeitschr. f. Immunitätsforschung, 1911, Bd. X, S. 306.)

L. Baumel. Diarrhée verte persistante chez un nourrisson. (Journ. des prat., Bd. XXV, S. 593.)

Beaudoin. Hypoalimentation d'un nourrisson. (L'Année méd. de Caen, Bd. XXXVI, S. 371.)

R. A. Benson. Practical infant feeding. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 1084.)

Bilderback. Intestinal diseases in infants. (Darmerkrankungen der Säuglinge.) (Northwest Med., November 1911.) Wachenheim (New York).

L. Blum. Les dangers de injections intraveineuses alcalines; effects toxiques du sodium. (Semaine méd., 1911, Bd. XXXI, S. 37.)

Bogert. The value of urinary examination in infants. (Harnuntersuchung bei Säuglingen.) (New York State Journ. of Med., Februar 1912.)

Die Vorrichtungen des Verf. zur Urinsammlung sind von speziellem Interesse. Wachenheim (New York).

H. Bouquet. Un cas de diagnostic thérapeutique de maladie de Barlow. (Bull. Soc. de thérap., 4e sér., Bd. XVI, S. 419.)

F. Brachi und **W. Carr.** Infantile scurvy in a child fed in sterilised milk. (Lancet, London, 1911, Bd. CLXXX, S. 662.)

Brady. Experience with albumin milk. (Erfahrungen mit Eiweißmilch.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 16. Dezember 1911.)
Wachenheim (New York).

A. Broca. Scorbut infantile au début. (Presse méd., Bd. XIX, S. 609.)

J. v. Buesanyi. Die chronische Verstopfung bei Kindern. (Klin.-therap. Wochenschr., Bd. XVIII, S. 1021.)

E. Cadenaule. Allaitement par une nourrice mercenaire. (L'Enfant, Bd. XX, S. 142.)

H. Cailloux. Variation de la richesse en beurre du lait de vache. (Bull. trav. Soc. de pharm. de Bordeaux, Bd. LI, S. 447.)

Stuart Carruthers. The inefficiency of the present methods of saline infusion. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2648, S. 725.)

C. Chatelin. Un cas de sténose hypertrophique chez un nourrisson. (Clinique infant., Bd. IX, S. 387.)

L. Cheinisse. Le traitement des vomissements habituels des nourrissons. (Semaine méd., 1911, Bd. XXXI, S. 48, 565.)

T. W. Clarke. The diagnostic value of gastric analysis in the digestive disturbances of infancy. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 648.)

J. Colgnat. Troubles gastro-intestinaux par mastication incomplète et froid fébrile au cours de la deuxième enfance. (Thèse de Montpellier, Nr. 14.)

C. Comba. Sullo sclerema. (Rassegna di pediatria, Bd. II, Nr. 5, S. 37.)

R. Coombe. Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus. (Ann. of Surg., Bd. LIV, S. 167.)

Cordier. Un cas de diarrhée chez un prématuré, guérie par la gelée Lumière. (Ann. policlin centr. de Bruxelles, Bd. XI, S. 282.)

A. C. Cotton. Disturbances of lactation. (Störungen der Laktation.) (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1911, Nr. 5, 4. Februar.)

G. di Cristina. Contributo allo studio delle enteriti dissenteriformi dei lattanti. ((Gazz. di osped., Bd. XXXII, S. 1395.)

Darling. The use of whole milk and fat diminished milk in infant feeding. (Die Verwendung der Vollmilch und der fettarmen Milch bei der Säuglingsernährung.) (Boston Med. and Surg. Journ., Bd. CLXV, S. 747, 16. November 1911.)

H. Dauchez. Du régime alimentaire des nourrissons, dans les crèches urbaines (statistiques et conclusions). (Journ. des prat., Bd. XXV, 25 nov., S. 759.)

Delearde. Le sevrage. (Journ. des sages-femmes, Bd. XXXIX, S. 332.)

R. Dennett. Simplified infant feeding. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 695.)

Dennett. The treatment of diarrhoeas in bottle-fed infants. (Die Behandlung der Durchfälle künstlich ernährter Kinder.) (Med. Record, Bd. LXXX, S. 1123, 2. Dezember 1911.)

E. Desbarrières. Étude sur les laits de Touraine. (Ann. des falsif., Bd. IV, S. 433.)

S. H. Dessau. The signifiance of vomiting in some diseases of children. (Med. Times, Bd. XXXIX, S. 196.)

G. Devimeux. Du traitement des formes graves de l'atrophie et de l'hypotrophie infantiles par l'emploi des laits surchauffés et des laits homogénéisés. (Thèse de Paris, Nr. 80.)

Dodge. Case of spontaneous umbilical hemorrhage in 2 weeks' old baby. (Spontane Nabelblutung bei einem 2 wöchentlichen Kinde.) (Denver Med. Times, Februar 1912.)
Wachenheim (New York).

P. J. Eaton and **E. B. Woods.** Diabetes mellitus in a child under one year. (Arch. of Pediatrics, Bd. XXVIII, S. 905.)

English. Feeding of children. (Kinderernährung.) (Journ. Med. Soc. New Jersey, Dezember 1911.) Wachenheim (New York).

S. Epstein. Flat-foot in women and children. (Med. Record., Bd. LXXX, S. 222.)

Fabre et **Rhenter.** Ulcération duodénale dans un cas de mélæna de nouveau-né. (Bull. Soc. d'obstétr., Bd. XIV, S. 489.)

Farr. The comparative caloric value of various foods used in infancy and early childhood. (Verhältnismäßiger Kalorienwert verschiedener Nahrungsmittel.) (Arch. of Pediatrics, Februar 1912.)

W. E. Fay. Studies in intestinal disturbances in infants. Looking Backward. (Bonston Med. and Surg. Journ., Bd. CLXIV, 1911, S. 287.)

D. L. Field. The babies. (Med. Fortnightly, Bd. XL, Nr. 11, S. 502.)

Flévez. Faut-il soumettre un enfant atteint de gastro-entérite à la diète hydrique? (Scalpel et Liège méd., Bd. LXIV, S. 352.)

A. Filia. Il fermento proteolitico nelle feci dei bambini lattanti. (Il Policlin., sez. prat., Bd. XVIII, S. 1033.)

— Sull' attivita autolitica dei tessuti dei neonati e dei lattanti. L'autolisi epatica. (Il Policlin., Bd. XVIII, S. 521.

M. Flamini. Metodi pratici di esame delle feci dei poppanti e loro importanza per la diagnosi e la cura delle dispepsie. (Il Policlin., sez. prat., Bd. XVIII, S. 1323.)

Fraley. A rapid and simple method for calculating the caloric value of percentage mixtures. (Schnelle und einfache Berechnungsmethode zur Kalorienbestimmung der Prozentualmischungen.) (Arch. of Pediatrics, Februar 1912.)

Wachenheim (New York).

R. S. Frew. Acetonuria in childhood: a study of its prevalency in the medical wards of a children's hospital; with an inquiry into its cause. (Lancet, Bd. CLXXXI, S. 1264.)

Frost. Is the milk of eclamptic mothers toxic? (Toxische Beschaffenheit der Milch eklamptischer Frauen.) (Arch. of Pediatrics, Januar 1912.)

Die Untersuchungen des Verf. lauten auf die Frage bejahend.

Wachenheim (New York).

E. Gachon. Contribution à l'étude de la maladie de Werlhof chez l'enfant. (Thèse de Montpellier, Nr. 19.)

R. Garipuy. Alimentation du jeune enfant. (Toulouse méd., Bd. XIII, S. 318.)

Gassot. Gasto-entérite des enfants du premier âge, traitée par l'eau de Vals, source la Reine. (Marseille méd., Bd. XLVIII, S. 490.)

Gellhorn. Diabetes mellitus in childhood. (Diabetes mellitus im Kindesalter.) (Northwest med., Dezember 1911.)

Wachenheim (New York).

Génévrier. La maladie pylorique du nourrisson. (Rev. d'hyg. et méd. infant., Bd. X, S. 205.)

Le Grand Kerr. A neglected phase of the prevention of summer gastroenteric in infants (Med. Record, Bd. LXXIX, S. 104.)

Helga Grönvall. Über die reduzierenden Körper im Harne der Wöchnerinnen. (Biochem. Zeitschr., 1912, Bd. XC, S. 145—151.)

Grulee. Albuminmilk in infant feeding. (Eiweißmilch in der Säuglingsernährung.) (Amer. Journ. Dis. Children, September 1911.)

Grulee and **Ruhlig.** Investigation of the iction of sodium benzoate in artificially fed infants. (Wirkung des Natriumbenzoats auf künstlich genährte Kinder.) (Arch. of Pediatrics, Oktober 1911.)

Verff. beweisen die Harmlosigkeit dieser Substanz bis zu 0·3 g pro Tag. Wachenheim (New York).

J. Gulart Les métastases du muguet. (Rev. de méd., Bd. XXX, nov. [Jubilé Lépine], S. 330.)

Hahn. Über ein neues Hilfsmittel der Stilltechnik. (Berliner med. Wochenschr., 1911, Nr. 51.)

Empfehlung des von Dr. Albert Stern konstruierten Brustwarzenhütchens „Infantibus", für welches gegenwärtig ziemlich stark Reklame gemacht wird.

Hale. Nutrition of children. (Kinderernährung.) (Southern Med. Journ., Dezember 1911.) Wachenheim (New York).

A. Hand. The dietetic menagement of disorders of gastric digestion in infants. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 644.)
A. Herrgott. Quelques considérations sur les diverses variétés des prématurés. (Société obstétricale de France, Paris 1911, 5.—7. Oktober. L'obstétr., Paris 1911, n. sér., Bd. IV, Nr. 11, November, S. 1066. — Ann. de gynécol. et d'obstétr., 2e sér., Bd. VIII, Dezember, S. 707.)
Holland. Melaena neonatorum. (West Virginia Med. Journ., Oktober 1911.) Wachenheim (New York).
C. E. Hort und **W. J. Penfold.** The dangers of saline injections. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2659, S. 1589.)
Howland. Der Chemismus und Energieumsatz bei schlafenden Kindern. (Zeitschr. f. physiol. Chem., 1911, Bd. DXXIV, S. 1.)
E. M. Humphery. Gastro-intestinal hæmorrhage in a newborn infant. (British Med. Journ., Nr. 2650, 14 oct., S. 921.)
E. Jeanselme, A. Vernes und **Bertrand.** Traitement de la syphilis du nourrisson par le lait de chèvre salvarsanisée. (Paris méd., Bd. II, S. 86.)
Katzmann. Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus. (Angeborene hypertrophische Pylorusstenose.) (Kentucky Med. Journ., 15. September 1911.) Wachenheim (New York).
W. Klinik. Kühlhaltung der Säuglingsmilch. Entfettung der Säuglingsmilch. (Therap. d. Gegenwart, Bd. LII, S. 407.)
H. Koeppe. Über Säuglingsernährung. Erfahrungen und Fortschritte in den letzten Jahren. (Deutsche med. Wochenschr., Bd. XXXVII, S. 1777.)
A. Kreidl und **E. Lenk.** Über Kapillar- und Adsorptionserscheinungen in der Milch. (Arch. f. d. ges. Physiol., Bd. CXLI, S. 541.)
Labbe. Modification of cow's milk. (Kuhmilchmodifikation.) (Northwest Med., November 1911.) Wachenheim (New York).
L. Lacaine. La chèvre et l'hygiène. (Thèse de Paris, 1910.)
Mac. Lachlan. Should a tuberculous mother nurse her child? (Soll die tuberkulöse Mutter ihr Kind stillen?) (Northwest Med., November 1911.) Wachenheim (New York).
G. Laroche, Ch. Richet fils et **Saint-Girons F.** Anaphylaxie alimentaire lactée. Etude expérimentale. (Arch. de méd. expér., Bd. XXIII, S. 643.)
Lemaire. Troubles digestifs des nourrissons. Leur traitement. (Pédiatrie prat., Bd. IX, J. 365.)
J. Lemaire. L'alimentation des nourrissons. (Journ. de dièt. et bact., Bd. II, S. 199.)
J. S. Leopold. Sugars in infant feedings. (Arch. of Pediatrics, Bd. XXVIII, S. 844.)
Leopold. Sugars in infant feeding with special reference to the maltose-dextrin preparations. (Vorzüge der Maltose-Dextrinpräparate bei der Säuglingsernährung.) (Arch. of Pediatrics, Oktober 1911.)
A. Lesage. La vague de chaleur et les nourrissons. (Bull. méd., Bd. XXV, S. 723.)
— L'hygiène des nourrissons en été. (Le Mouv. hyg., Bd. XXVII, Nr. 8, S. 291.)
V. D. Lespinasse und **C. Fisher.** Hoemorrhage of the newborn; treatment by direct transfusion of blood; report of a case. (Surg., Gynecol. and Obstetr., London 1911, Bd. XII, S. 40.)
E. Leuret. Vomissements incoercibles par hydoalimentation chez un nourrisson. (Gaz. hebdom. scienc. méd. de Bordeaux, Bd. XXXII, S. 463.)
Lewitt and **Porter.** Pyloric obstruction in infants with muscular hypertrophy at the pylorus. (Pylorusstenose mit Muskelhypertrophie am Pylorus.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 27. Januar 1912.)
A. Lipschütz. Zur Physiologie des Phosphorhungers im Wachstum. (Arch. f. ges. Physiol., Bd. CXLIII, S. 91.)

Lowenburg. Diagnosis and treatment of congenital pyloric obstruction. (Diagnose und Therapie der angeborenen Pylorusstenose.) New York Med. Journ., 20. Januar 1912.)
Wachenheim (New York).

— Significance and treatment of vomiting in infants and children. (Bedeutung und Behandlung des Erbrechens bei Kindern.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 20. Januar 1912.)
Wachenheim (New York).

Machell. Colon irrigation. (Arch. of Pediatrics, Oktober 1911.)
Verf. vergleicht die Verwendung des üblichen kurzen Ansatzrohres mit der des langen Schlauches und meint, daß mit ersterem größere Quantitäten behalten werden.
Wachenheim (New York).

A. B. Marfan. Le gros ventre flasque des nourrissons. (Rev. prat. d'obstétr. et péd., Bd. XXIV, S. 193, 225.)

N. P. Marsh and **K. W. Monsarrat.** Pyloric stenosis in infancy. With remarks on the indications for operative treatment. (British Journ. Children's Diseases, Bd. VIII, 1911, S. 53.)

Meigs and **Marsh.** The quantitative analysis of human and of cow's milk. (Quantitative Analyse der Menschen- und Kuhmilch.) (Med. Record, 30. Dezember 1911.) Wachenheim (New York).

Miller. Edemas occurring without albuminuria in infancy. (Ödem ohne Albuminurie im Säuglingsalter.) (Journ. Med. Soc. New Jersey, Oktober 1911.)

E. Modigliani (Kinderklinik, Rom). Il „babeurre" (latticello), e il suo uso nella pratica infantile. (Roma 1911.)

P. Morize. Les ictères du nouveau-né. (Thèse de Paris, Nr. 480, Paris, Jouve, 1911.)

J. L. Morse and **F. B. Talbot.** Physiology and pathology of the digestion of the carbohydrates in infancy. (Boston Med. and Surg. Journ., Bd. CLXIV, S. 852.)

A. Nadeau. Allaitement maternel; conseils aux mères de famille. (Gaz. des prat., Bd. XVIII, S. 277.)

P. Nobécourt. Sur quelles bases établir la ration alimentaire du nourrisson (Journ. des prat., Bd. XXV, S. 836.)

P. Nobécourt et **G. Schreiber.** Les sucres dans l'alimentation du nourrisson. Leur rôle en pathologie et en thérapeutique. (Paris méd., Bd. II, S. 23.)

J. Noir. Traitement diététique des diarrhées infantiles. (Concours méd., Bd. XXXIII, 20 août, S. 800.)

Van Norman. Clean milk from producer's standpoint. (Reine Milch vom Standpunkt des Erzeugers.) (Penn. Med. Journ., Dezember 1911.)

W. A. Northridge. Observations on electrified milk and its use in infant feeding. (Med. Times, Bd. XXXIX, S. 294.)

H. Nothmann. Über nichtdiabetische und experimentelle Glykämie und Glykosurie und die Methoden der Blut- und Harnzuckerbestimmung. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. II, S. 481.)

Opitz. Zur Physiologie der Milchsekretion und der Ernährung des Neugeborenen in den ersten Lebenstagen. (Vortrag i. d. Abteil. f. Geburtsh. u. Gynäkol. a. d. 83. Versamml. deutscher Naturforscher u. Ärzte, Karlsruhe 1911.)

P. A. Perrin. De l'influence des vapeurs de mercure sur la sécrétion lactée. (Thèse de Paris, Nr. 390, Paris, Ollier-Henry, 1911.)

Plauchu. Mortalité des prématurés dans les relations avec les causes de la prématurité. (Soc. obstétr. de France, Paris, 1911 5.—7. Oktober. L'obstétr., Paris 1911, n. sér., Bd. IV, Nr. 11, November, S. 1067.)

E. Plauchu et **R. Rendu.** Etude du beurre dans le lait de femme par la centrifugation. (Arch. de méd. des enfants, Bd. XIV, S. 583.)

Porter. Some points to be considered in feeding infants. (Wichtige Punkte in der Säuglingsernährung.) (California State Journ. of Med., November 1911.)
Die Hauptsache ist die Versorgung reiner Milch.
Wachenheim (New York).

N. Prinaris. De l'avenir immédiat des prématurés jumeaux nés de mère saine et des prématurés nés de mère tuberculeuse. (Thèse de Lyon, Nr. 45.)

Quemper de Lanaseol. Variation de la composition du lait dans l'engorgement des seins. Nécessité de l'examen méthodique des nourrices. (Clinique infant., Bd. IX, S. 393.)

— Contribution à l'étude des modifications du lait dans l'engorgement lacté chez la nourrice. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 347.)

M. B .Ray. Gastro-intestinal hæmorrhage in a newborn child. (British Med. Journ., Nr. 2640, 5 août, S. 268.)

J. Reynal. L'hypoalimentation chez le nourrisson. (Thèse de Montpellier, Nr. 116.)

Rice. Proper feeding of infants. (Zweckmäßige Säuglingsernährung.) (New Orleans Med. and Surg. Sourn., November 1911.)
Wachenheim (New York).

Richards. Surgical treatment of congenital hypertrophic stenosis of the pylorus. (Chirurgische Behandlung der angeborenenen hypertrophischen Pylorusstenose.) (Northwest Med., Januar 1912.)

H. M. Richter. Pyloric stenosis in infancy. (Surg., Gynecol. and Obstetr., Bd. XII, 1911, S. 568.)

Robert, Green and **J. B. Swift.** Hemorragic disease of the new-born. (Hämorrhagische Erkrankungen der Neugeborenen.) (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. CLXIV, Nr. 13, 30. März, S. 454.)

L. Rogers. The use of hypertonic salines cotrolled by estimations of the specific gravity of the blood in infantile diarrhoe. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2656, S. 1404, 25. November.)

C. M. Rolston. Fatal case of melaena in the newly born. (Tödlicher Fall von Melaena beim Neugeborenen.) (British Med. Journ., Nr. 2623, London 1911, S. 810.)

Rose. Excretion of creatin in infancy and childhood. (Die Kreatinausscheidung im Kindesalter.) (Journ. Biol. Chem., Oktober 1911.)
Die Kreatinausscheidung ist bei demselben Individuum großen Schwankungen unterworfen und scheint mit dem Alter in keinem besonderen Zusammenhang zu stehen.
Wachenheim (New York).

Ross. Cell content in milk. (Zellengehalt der Milch.) (Journ. Infect. Dis., Januar 1912.) Wachenheim (New York).

M. Rottier. De l'examen des selles des nourrissons par la réaction du sublimé acétique. Méthode de Schmidt-Triboulet. (Thèse de Lyon, Nr. 33.)

Ruhräh. Further observations on the soy bean. (Weitere Beobachtungen über die Soybohne.) (Arch. of Pediatrics. Oktober 1911.)

J. Ruhräh. Further observations on the soy bean. (Arch. of Pediatrics, Bd. XXVIII, S. 841.)

A. Schloßmann. Über den respiratorischen Stoffwechsel des Säuglings. (Deutsche med. Wochenschr., Bd. XXXVII, S. 1633.)

H. Schwarz. Nursing statistics derived from the study of the infancy of 1500 children and a contribution of the cause of the summer infant mortality. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 668.

Schwarz. Protein metabolism in infants and children. (Proteinstoffwechsel bei Kindern.) (Amer. Journ. Dis. Children., September 1911.)

Seiffert (Leipzig). Über Milchflaschenverschlüsse. A. d. milchhyg. Untersuchungsanstalt in Leipzig. (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1397.) Birk.

H. F. Semple. Gastro-intestinal haemorrhage in a new-born infant. (British Med. Journ., Nr. 2636, S. 72.)

Shaw. Modern problems in infant feeding. (Moderne Fragen bei der Säuglingsernährung.) (Albany Med. Ann., Januar 1912.)

Shaw. Sanitary milk. (Reine Milch.) (Canadian Med. Assoc. Journ., Dezember 1911.) Wachenheim (New York).

Shaw and **Ordway.** Muscular hypertrophy of the pylorus in infancy. (Muskuläre Pylorusshypertrophie im Säuglingsalter.) (Amer. Journ. Dis. Children, September 1911.) Wachenheim (New York).

— Hypertrophie pyloric stenosis in infants. (Amer. Journ. of Obstett., Bd. LXIV, S. 176.)

Sheffield. Pneumohypoderma, scleredema neonatorum. (Med. Record, 25. November 1911.) Wachenheim (New York).

Smedley. Congenital stenosis of pylorus. (Northwest Med., Januar 1912.) Wachenheim (New York).

E. B. Smith. A type of nervous vomiting in childhood. (Lancet, Bd. CLXXXI, S. 1769.)

J. Snowmann. The physiological ideal in the artificial feeding of infants. (Lancet, Bd. CLXXXI, S. 12.)

Spencer. Hemorrhagic disease of new born. (Hämorrhagische Erkrankung der Neugeborenen.) (Mississippi Med. Monthly, Februar 1912.)

E. I. Spriggs. Two lectures on the feedings of babies. (Clin. Journ., Bd. XXXIX, S. 33.)

K. Stolte. Über die Bedingungen für das Zustandekommen fester Stühle beim Säugling. (Jahrb. f. Kinderheilk., 3e sér., Bd. XXIV, S. 367.)

R. Stuber. Über Diabetes insipidus, zugleich ein Beitrag zur Entstehung des Kochsalzfiebers. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1911, DIV, S. 394.

Synnott. Summer diarrhoeas in infants and young children. (Sommerdiarrhöen bei kleinen Kindern.) (Arch f. Pediatrics, Dezember 1911.) Wachenheim (New York).

Talbot. Acute duodenal indigestion in children. (Amer. Journ of Obstetr., Bd. LXIV, S. 1091.)

L. B. Terre. Les nourrices du Berry. (Rev. philanthrop., Bd. XXIX, S. 541.)

Tanquary. Cholera infantum. (Journ. Kansas Med. Soc., Februar 1912.)

A. Tomey. Le sulfate d'hordénine dans le traitement des diarrhées infantiles. (Thèse de Toulouse, 1911, Juli, Nr. 948.)

Triboulet. La reazione di Pettenkofer ed il suo uso in coprologia clinica. (Gazz. degli Ospedali e delle Clin., 9. II., 1911.)

H. Triboulet. Les diarrhées infantiles; leur étude par les techniques coprologiques. (Journ. de diét. et bact., Bd. II, S. 265.)

— Un détail de coprologie dans les états infectieux fébriles. La réaction du Biuret. (Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1911, S. 190.) Verf. empfiehlt die Biuretreaktion im Stuhl zum Nachweis der Verdauungsinsuffizienz der Kinder bei Gelegenheit parenteraler Infektionen. R. Weigert (Breslau).

G. Variot. Le scorbut infantile. (Journ. des prat., Bd. XXV, S. 616.)

— Observations sur le traitement de l'eczéma infantile par les mutations lactées. (Gaz. des hôp., Bd. LXXXIV, S. 1795.)

Variot et **Lavialle.** De l'utilité de l'homogénéisation des laits destinés à l'alimentation des enfants et des adultes. (Clinique infant., Bd. IX, S. 449.)

P. Vergely. Gastro-entérite avec acétonurie chez les enfants. (Record de méd., Bd. XXX, S. 832.)

P. Vidal. Le malaena du nouveau-né. (Thèse de Paris, Nr. 69.)

E. Vidal. De l'éducation des nourrices et de la surveillance des nourrissons. (Bull. Acad. de méd., 3e sér., Bd. LXVI, S. 362.)

E. Vigor. Étude clinique sur l'hypoalimentation chez le nourrisson. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 309.)

Mme. E. Vigor. L'hypoalimentation chez le nourrisson. (Centre méd. et ph., Bd. XVII, S. 42.)

S. de Villa. Contributo clinico ed anatomopatologico del pancreas nell' atrofia infantile primitiva. (Gazz. intern. di med., Nr. 32, 10 août, S. 756.)

R. Vincent. On the development of acidity in cow's milk and its relation to time and temperature. Glasgow Med. Journ., Bd. LXXVI, S. 421.)

Waller, Harold und **Geneld Walker.** The management of epidemic summer diarrhoea and vomiting, including the use of saline injections (Behandlung der epidemischen Sommerdiarrhöe und des Erbrechens; Salzinjektionen.) (British Med. Journ., 1911, Nr. 2646, S. 594, 16. September.)

K. Wallich et **A. Fruhinsholz.** Avenir éloigné du prématuré. (Ann. de gynéc. et d'obstétr., 2e sér., Bd. VIII, S. 625.)

— Rapport sur l'avenir éloigné du prématuré. (Soc. obstétr. de France, Paris 1911, 5. —7. Oktober. L'obstétr., Paris 1911, n. sér., Nr. IV, Nr. 11, November, S. 1062.)

Wauters P. Peut-on augmenter la teneur du lait en matières grasses par l'alimentation des nourrissons? (Clinique infant., Bd. IX, S. 588.)

Weill et **Gardère.** Sténose hypertrophique du pylore avec dilatation de l'estomac et de l'œsophage chez un nourrisson. (Poitou méd., Bd. XXVI, S. 241. Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 507. Lyon méd., 1911, Bd. CXVII, S. 90.)

E. Weill, A. Morel und **Policard.** Description des pigments d'origine biliaire contenus dans les selles des nourrissons. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 522.)

E. Welde. Tragbare Couveuse zum Transport von Frühgeburten. (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. XV, S. 551—555.

Heizung durch Thermophore. Zu haben bei E. Lentz, Berlin-Moabit, Birkenstraße 18, für 60 Mk. H. Vogt.

S. M. Wells. A fatal case of melæna neonatorum. (British Med. Journ., Nr. 2643, 26 août, S. 443.)

G. H. Wipphle. Hemorrhagic disease-septicemia, melena neonatorum, hepatic cirrhosis. (Hämorrhagische Diathese und Septikämie, Melaena neonatorum, Cirrhosis hepatis.) (Arch. of intern. Med., 1912, Bd. IX, S. 365—399.)

R. Willette. Allaitement maternel. Rappel de la sécrétion lactée après de longues interruptions. (La Gynécol., Bd. XV, S. 362.)

G. Zanetti. (Parma, Kinderklinik). Contributo alla conoscenza dell' alimentazione naturale ed artificiale del lattante. (La Pediatria, Nr. 1, 1911. Riv. di clin. pediatria, Bd. XIX, S. 729.)

Ziegler. Die Kühlhaltung der Milch im Hause. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1911, Bd. VIII, S. 266.)

Klinik der Kinderkrankheiten.

A. Abate. Le modificazioni del sangue nei bambini affetti da leishmaniosi in seguito alle iniezioni di 606. (Gazz. intern. di med. Nr. 40, 5. oct., S. 945.)

H. Abramowski. Beitrag zur Skrofuloseforschung. (Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. XVII, S. 488.)

H. Abrand. Une méthode trop peu connue et pourtant indispensable en laryngologie chez l'enfant. (Bull. de la soc. de pédiatrie de Paris, 1911, S. 411.

Empfehlung der direkten Laryngoskopie.

R. Weigert (Breslau).

C. Achard. Fièvre typhoide chez un nourrisson. (Pathol. infant., Bd. VIII, S. 169.)

Ch. Achard. und **Ch. Flandrin** Fièvre typhoide chez un nourrisson. (Ann. de Méd. et Chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 533.)

M. Acuna und **J. C. Navarro.** Pequeñas dilataciones bronquicas en la infancia. (Rev. de la soc. med. argentina, Bd. XIX, S. 305.)

Ager. Intrathoracic tuberculosis in infancy and childhood (Intrathorakale Tuberkulose im Kindesalter.) (Amer. Journ. Obstetr., Februar 1912.) Wachenheim (New York).

G. Alagna. Histopathologische Veränderungen der Tonsille und der Schleimhaut der ersten Luftwege bei Masern. (Arch. f. Laryngol., Bd. XXV, S. 527.)

Albert. Diphtheria carriers and medical inspection of schools. (Diphtherieträger und die ärztliche Schulaufsicht.) (Iowa Med. Journ., Dezember 1911.) Wachenheim (New York).

E. M. Alger. Some popular misconceptions regarding ophthalmia neonatorum. (New York state Journ. of Med., Bd. XI, Nr. 12, S. 593.)

G. B. Allaria (Kinderklinik, Turin). A proposito di un caso di uremia scarlattinosa curato con la puntura lombare. (Gazz. degli Ospedali, Nr. 122, 1911.)

Wunderbar schneller und günstiger Erfolg.

Dotti (Florenz).

Anderson. Diagnosis and treatment of diphtheria. (Diagnose und Behandlung der Diphtherie.) (Texas State Journ. of Med., Februar 1912.) Wachenheim (New York).

J. F. Anderson and **J. Goldberger.** The period of infectivity of the blood in measles. (Journ. Amer. Med. Assoc., Bd. LVII, S. 113.)

J. Anglada. Étude leucocytaire de 24 cas de rubéole. (Montpellier méd., Bd. LIV, S. 351.)

E. Apert. Le diagnostic précoce de la rougeole. (Pathol. infant., Bd. VIII, S. 271.)

R. Asch. Frühreifer Scheinzwitter. (Berliner klin. Wochenschr., 1911, Nr. 52).

Demonstration eines fast 9 jährigen Mädchens.

E. Aschenheim. Über Beziehungen der Rachitis zu den hämatopoetischen Organen. Mitteilung 2. Das Blut bei Rachitis. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. DV, S. 470—493.)

H. T. Ashby. The anaemia associated with rickets and gastro-intestinal disturbances, including splenic anaemia in children. (Die mit Rachitis und Verdauungsstörungen kombinierte Anämie einschließlich der Anaemia splenica des Kindesalters.) (Practitioner, 1912, Bd. CXXXVIII, S. 675—680.)

C. Aubertin. Bradypnée et compression du phrénique dans l'adénopathie trachéo-bronchique. (Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. de Paris, 3e sér., Bd. XXXII, S. 166.)

C. E. Aviragnet. Adénopathie trachéo-bronchique et hypertrophie du thymus. (Rev. prat. d'obstétr., Bd. XXIV, S. 171.)

Azéma. Un nouveau cas de méningite cérébro-spinale chez un nourrisson. (C. R. Soc. d'obstétr., gynécol. et péd., Bd. XIII, S. 265.)

Bachmann. Zur Bekämpfung der Diphtherie. (Ärztl. Rundschau, 1911, Bd. XXI, S. 289.)

L. C. Bailleul. Etude anatomo-pathologique et radiographique de la tuberculose des petits os longs de la main et du pied chez l'enfant. (Rev. d'orthop., 3e sér., Bd. II, S. 395.)

K. Baisch. Erfolge und Aussichten der Behandlung der hereditären Lues. (Monattsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1911, Bd. XXXIV, S. 273.)

P. Bale. The treatment of rheumatic diseases by vaccines. (British Med. Journ. 1911, Nr. 2628, S. 1105.)

P. Bar. Résultats donnés par le salvarsan à la Clinique Tarnier. (Bull. Acad. de méd. de Paris, 3e sér., Bd. LXVI, S. 198.)

— La mort apparente du nouveau-né. (Journ. des sages-femmes, Bd. XXXIX, S. 305.)

J. A. Barannikov. La réaction de Bordet-Gengou dans la scarlatine. (Časop. lek. česk., Nr. 49, 2 déc., S. 1474.)

P. Barbarin. Quelques considérations sur le traitement du rachitisme. (Clinique, Paris, Bd. VI, S. 673.)

Barbier et Baron. Contribution à l'étude du diagnostic de la tuberculose chez l'enfant par l'intradermo-réaction à la tuberculine. (Bull. Soc. d'études scienc. sur la tubercul., 2e sér., Nr. 1, S. 5.)

S. Barling. Abdominal emergencies in childhood. (Birmingham med. Rev., Bd. LXX, S. 271.)

C. A. Basker. Meningitis following measels. (Lancet, 1911, Bd. CDXXXI, S. 499.)

Barrett. An unusual case of typhoid fever in a young child. (Ungewöhnlicher Fall von Abdominaltyphus.) (Med. Record, 16. Dezember 1911.) Wachenheim (New York).

M. Baudouin. De l'usure des dents de la première dentition chez les enfants de l'époque de la pierre polie. (Clinique infant., Bd. X, S. 12.)

L. Baumel. Lupus de la face chez un nourrisson. (Pédiatrie part., Bd. IX, S. 498.)

L. Baumel. Tuberculose pulmonaire avec hémoptysies précoces en rapport avec la puberté. (Journ. des prat., Bd. XXV, S. 737.)

A. Bednarski. Les causes de cécité chez les enfants. (Arch. d'ophthalmol., Bd. XXXI, S. 356.)

Bellingham Smith und **A. Woodford.** A preliminary communcation on syphilis and mental deficiency. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2627, S. 1054.)

E. Bénazet. Syphilis héréditaire tardive des os longs chez l'enfant et chez l'adolescent. (Thèse de Paris, Nr. 48.)

Berlioz. Enquête sur la tuberculose dans les écoles de Grenoble. (Dauphiné méd., Bd. XXXV, S. 199.)

Bing. Signe de Koplik et rougeole. (Progrès méd., Nr. 26, 1er juillet, S. 317.)

A. Bingel. Die „schleichende Diphtherievergiftung" und ihre Behandlung durch intralumbale Seruminjektionen. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1911, Bd. DIV, S. 370.)

R. Blacque. Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale suppurée à bacille de Pfeiffer. (Thèse de Paris, Nr. 40.)

F. Blanc. Contribution à l'étude de la latence des pleurésies chez l'enfant. (Thèse de Montpellier.)

H. Blanchon. Fièvres bizarres chez l'enfant. (Correp. méd., Bd. XVIII, 15 nov., S. 2.)

Blockmann. Zur Diagnose der larvierten Diphtherie im jüngeren Kindesalter. (Berliner klin. Wochenschr., 1911, Nr. 38.)
Die größte Rolle spielt die oft übersehene Nasendiphtherie.

T. R. Boggs. Percussion signs of persistent or enlarged thymus. (Arch. of intern. Med., Bd. VIII, S. 659.)

Boldt. Über einen Fall von amyotrophischer Lateralsklerose im Kindesalter. (Med. Klinik, Bd. VII, S. 1773.)

F. Bonazzola. Considerazioni intorno ad alcuni casi di paralisi spinale transitoria nei bambini.
7 Fälle.

Bonnaire. Hémophilie chez un nouveau-né; mort hémorrhagie à l'occasion de la vaccination. (Société d'obstétrique de Paris, 1911, séance du 18. mai.)

Borini. Sulla cura dell' oxyuris vermicularis. (Gazz. degli Osped. e delle cliniche, 28. April 1911.)

C. Bottelli. Contributo allo studio del pemfigo vegetante di Neumann. (Giorn. ital. d. mal. veneree, Bd. LII, S. 498.)

H. Bourgeois. Le faux croup. (Journ. de méd. de Paris, Bd. XXXI, S. 536.)

M. Brelet. La fièvre typhoïde des nourrissons. (Gaz. des hôpit., Bd. LXXXIV, S. 2040.)

O. Brian. Untersuchungen über die Ätiologie des Erythema nodosum. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1911, Bd. DIV, S. 272.)

J. F. H. Broadbent Measles. (Practitioner, Bd. LXXXVII, S. 424.)

Brooks. Some observations regarding the control of measles. (Die Kontrolle der Masern.) (Med. Record, 23. Dezember 1911.)

Verf. führt die gegenwärtigen unbedeutenden Erfolge auf Verfehlen der Diagnose und der Isolierung im Frühstadium zurück. Wachenheim (New York).

J. Z. Brown. Hypertrophy of the mammary glands of the new-born. (Trans. of the Chicago pathol. soc., Bd. VIII, S. 217.)

A. Bruch. Myxœdème chez un enfant de quatre mois. (Tunisie méd., Bd. I, S. 229.)

Burman. Painless swellings of the parotid secondary to local sepsis. British. Med. Journ., 1911, Nr. 2648, S. 727.)

H. Burrows. Blue sclerotics and brittle bones. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2635, S. 16.)

Burrows. Nasal diphtheria. (Nasendiphtherie.) (New York State Journ. of Med., Januar 1912.) Wachenheim (New York).

A. Buschke. Klinische und experimentelle Beobachtung über Alopecia (Hypotrichosis) congenita. (Arch. f. Dermatol., Bd. CVIII, S. 27.)

L. R. de Buys. The effect of salvarsan on congenital (Arch. of Pediatrics, Bd. XXVIII, S. 918.)

Eva Mc. Call. Two cases of congenital aphasia in children. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2638, S. 1105.)

Callison. The therapeutic use of vaccines in typhoid fever. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 1106.)

Campbell. Catarrhal jaundice appearing in epidemic form among children. (British Med. Journ., 1911, 2661, 1695.)

J. Cantacuzène. Sur certaines inclusions cellulaires observées dans la scarlatine. (C. R. Soc. de biol., Bd. LXXI, S. 283.)

M. Caplan. Les complications cutanées dans la varicelle avant et après l'emploi du linge stérilisé. (Thèse de Lyon, Nr. 46.)

J. Caraco. Descendance des hérédo-syphilitiques. Hérédo-syphilis de seconde génération. (Gaz. méd. d'Orient, Bd. LVI, S. 134.)

E. W. Carpenter. Intubation in diphtheria. (Pediatrics, Bd. XXIII, S. 538.)

J. W. Carr. Anorexia nervosa. (Proceed. of Roy. Soc. of Med., Bd. IV, S. 80.)

Caryophyllis G. und **Sotiriades.** (Athen). Zur Kasuistik des Cala-Azar und seiner Behandlung mit Salvarsan. (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1896.)

2 kasuistische Fälle, Kinder betreffend. Birk (Kiel).

E. Cassoute. Paralysie tardive mortelle dans un cas de diphthérie non traitée. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 491.)

Castex. Rôle du médecin à l'égard des enfants sourdsmuets. (Arch. du prat., Bd. II, S. 66.)

E. Cathoire. Déviation du complément par le sérum de porteurs sains de bacilles diphtériques en présence de toxine diphthérique. (C. R. Soc. de biol., Bd. LXXI, S. 315.)

E. Cautley. Cerebral athetotic diplegia. (Proceed. of roy. Soc. of Med., Bd. IV, S. 77.)

A. Cayrel und **A. Weill.** Etat méningé au début d'une scarlatine. (Bull. et mémoires de la soc. med. des hôp. des Paris, 1911, Bd. XXVIII, S. 225.)

G. Cazal. Le chlorhydrate de phénocolle dans la coqueluche. (Toulouse méd., Bd. XIII, Nr. 8, S. 141.)

R. Charon et **P. Courbon.** Anomalies psychiques de l'enfance et maladies somatiques. (L'Encéphale, Bd. VI, Nr. 12, S. 552.)

Chatelin. Hypertrophie du thymus, spasme de la glotte. Tétanie et rachitisme chez un enfant de 8 mois. (Bull. de la soc. de pédiatrie de Paris, 1911, S. 177.) R. Weigert (Breslau).

Chatin et **Rendu R.** Varicelle localisée et confluente. (Gaz. méd. de Paris, Bd. LXXXIII, S. 242.)

Chevron. Un cas de rash scarlatiniforme au cours de la varicelle. (Rev. franc. de méd. et chir., Bd. VIII, S. 365.)

Cheney. Leukemia in childhood. (Leukämie im Kindesalter.) (Amer. Journ. Med. Scienc., Januar 1912.) Wachenheim (New York).

E. F. Christin. La cure arsenicale et d'altitude pour les enfants lymphatiques et nerveux. (Presse therm., Bd. VII, S. 215.)

M. Clere. Variole et vaccination à New York. (Rev. prat. d'hyg. mun., Bd. VII, S. 338.)

Collet. Résultats pratiques de l'examen bactériologique dans le croup. Rev. hebdom. de laryngol., Bd. XXXII, S. 348. — Ann. des mal. de l'oreille, etc., Bd. XXXVII, S. 646.)

A. Collin. Contribution à l'étude de l'énuresie dite essentielle. Le type infantile prolongé. La forme digestive. La forme émotive. Importance des modifications du sommeil. (Gaz. des hôp., Bd. LXXXIV S. 1947.)

A. Costiniu. Le résultat du procédé employé en Roumanie pour combattre les végétations adenoïdes dans les écoles primaires urbaines et rurales. (Arch. intern. de laryngol., Bd. XXXII, S. 452.)

Coughlin. Report of a case belladonna poisoning in a child 7 years of age. (Belladonnavergiftung bei einem 7 jährigen Kinde.) (New York. Med. Journ., 27. Januar 1912.) Wachenheim (New York).

J. Courmont und **A. Rochaix.** La vaccination antityphique par la voie intestinale. (Lyon méd., 1911, S. CXVII, S. 233.)

D. Courtade. De l'incontinence d'urine chez les enfants. (L'œuvre méd.-chir., Nr. 65.)

Mc. Cready. Clinical studies of exceptional children. (Klinische Untersuchungen über defekte Kinder.) (Amer. Journ. Obstetrics, Januar 1912.) Wachenheim (New York).

R. Cruchet. Jusqu'à quel âge peut-on parler du syndrome de Little? (Province méd., Bd. XXIV, S. 437.)

— L'examen clinique de l'enfant. (L'Etoile méd., Bd. XVIII, S. 101.)

M. C. Cudennec. Contribution à l'étude du sérum marin comme agent thérapeutique dans certaines affections de l'enfance. (Thèse de Bordeaux, Nr. 9.) (Bordeaux, imp. comm., 1910,)

G. J. Cumberlege. Administration of serum by the mouth. (Serum per os.) (The British Med. Journ., 1911, 15. Juli.)

Cumston. Differential diagnosis of congenital syphilis and tuberculosis of bones and joints. (Differentialdiagnose von angeborener Syphilis und Knochen- respektive Gelenkstuberkulose.) (Arch. of Diagnosis, Januar 1912.) Wachenheim (New York).

R. C. M. Curet. Du traitement de l'incontinence d'urine infantile dite essentielle par injections épidurales de sérum artificiel. (Thèse de Bordeaux, Nr. 18.)

J. Curtillet und **P. Lombard.** Deux cas de rhumatisme tuberculeux polyarticulaire avec localisations vertébrales. (Rev. d'orthop., 3. Serie, Bd. II, S. 385.)

Dammasch. Differential diagnosis between the exanthemata. (Differentialdiagnose der Exantheme.) (Northwest Med., November 1911.)

Mme Darcanne-Mouroux. Érythème scarlatiniforme ou scarlatine légère. (Rennes méd., Bd. VII, S. 97.)

Darré. Traitement de la diphthérie (Bull. méd., Bd. XXV, S. 795, S. 801.)

J. Daumas. Bromisme cutané. Eruptions bromuriques végétantes chez l'enfant. Toxicodermie papillomateuse. (Thèse de Montpellier, Nr. 51.)

A. Davidson Abstract of paper on mentally defective children. (Australian Med. Journ., Bd. I, S. 67.)

L. R. Dawe. Contribution à l'étude de la diphtérie spasmogène. (Thèse de Bordeaux, Nr. 91.)

R. Debré. La paralysie infantile, d'après les travaux récents; étude étiologique, pathogénique et clinique. (Journ. méd. franç., Bd. V, S. 237.)

— Méningite cérébro-spinale prolongée à forme cachéctisante. Syndrome d'hypertension intra-crânienne. Pronostic fatal. Guérison par une craniectomie décompressive. Double névrite optique par stase. (Bull. de la Soc. de pédiatrie de Paris, 1911, S. 351.)

R. Weigert (Breslau).

G. Delamare. Épidémie de diphthérie. (Ann. d'hyg. publ. et méd. lég., 4e sér., Bd. XVI, S. 68.)

Delfosse. Leucémie myéloïde chez les nourrissons. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 538.)

Delherm et Laquerrière. Les nouvelles idées sur la poliomyélite infantile. Conséquences au point de vue eléctrique. (Quinz. thérap., Bd. XII, S. 285.)

A. Descœudres. Les tests de Binet et Simon et leur valeur scolaire. (Arch. de psychol., Bd. XI, S. 331.)

— Exploration de quelques tests d'intelligence chez des enfants anormaux et arriérés. (Arch. de psychol., Bd. XI, S. 350.)

M. F. Descubes. Contribution à l'étude de l'entérocolite dysentérique de la première enfance. (Thèse de Paris, Nr. 153.) Limoges, imp. Perrette, 1911.

P. Desfosses et Mme Burmann-Oberg. La gymnastique respiratoire chez les enfants. (Rev. de thérap. méd.-chir., Bd. LXXVIII, S. 441.) (L'œuvre méd.-chir., Nr. 64, Paris, Masson, 32 S.)

Ad. Dessauer. Über Myelitis haemorrhagica bei Meningitis cerebrospinalis epidemica. (Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1912, Bd. IX, S. 154—165.)

Devèze. Intoxication iodique mortelle consécutive à la désinfection pré-opératoire de la peau par la teinture d'iode chez un enfant. (Paris chir., Bd. III, S. 421.)

Dittrich. Syphilis as factor in abnormal development of children. (Rolle der Syphilis bei der abnormen Entwicklung der Kinder.) (Amer. Journ. Obstetr., Januar 1912.)

Wachenheim (New York).

Doehle. Leukocyteneinschlüsse bei Scharlach. (Zentralbl. f. Bakteriol., I. Abt., Bd. LXI, S. 63.)

C. Dopter. Les insuccès de la sérothérapie antiméningococcique. Causes; moyens de les éviter. (Paris méd., Bd. II, 5. août, S. 213.)

W. A. N. Dorland. Intra-uterine ophthalmia neonatorum. (Journ. Amer. Med. Assoc., Bd. LVII, S. 1285.)

R. Duperié. Sur un cas de méningite tuberculeuse aigue à forme cérébrospinale. Lésions médullaires et radiculaires. Hypertrophie de l'épiphyse. (Journ. de méd. de Bordeaux, 1911, Nr. 27, 2. Juli, S. 421.)

— Sur un cas d'endocardite infectieuse à évolution prolongée chez un enfant de huit ans. (Gaz. hebdom. scienc. méd. de Bordeaux, Bd. XXXII, S. 615.

R. Dupuy. Arriération infantile et opothérapies endocriniennes. (Infantile Rückständigkeit und deren Behandlung durch Zufuhr von Organen mit innerer Sekretion.) (Rev. de méd., 1912, Bd. XXXII, S. 307—321.)

M. Durif. Contribution à l'étude des végétations adénoides chez les nourrissons. (Thèse de Lyon, Nr. 119.)

R. Dutholt. Communication préliminaire sur le traitement sérothérapique de la coqueluche. (La Clinique, Bruxelles, Bd. XXV, S. 625.)

P. J. Eaton. Diabetes mellitus in a seven months old child. (Amer. Journ. f. Obstetr., Bd. LXIV, S. 188.)

G. Ehrenberg. Schutz gegen Tuberkulose im Kindesalter. (Zeitschr. f. Krankenpfl., Bd. XXXIII, S. 10, 313.)

F. England. A record of some cases of epidemic paralysis occurring in Hampshire. (British. med. Journ., 1911, Nr. 2661, S. 1691.)

S. Epstein. Delayed locomotion after acute anterior poliomyelitis in very young children. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 699.)

A. G. Evrard. Contribution à l'étude de l'intoxication des nourrissons par les têtes de pavot. (Thèse de Lille, Nr. 23.)

A. Eulenburg und **T. Cohn.** Familiäre dystrophische Heredodegeneration. (Infantile progressive Muskeldystrophie.) (Neurol. Zentralbl., Bd. XXX, Nr. 17, S. 963.)

C. J. A. Fairise. Étude sur les tuberculoses latentes et particulièrement celle des ganglions trachéo-bronchiques chez les enfants (Thèse de Nancy, Nr. 21.)

R. G. Ferrer. La enfermedad de Heine-Medin (Paralisis espinal infantil). (La Med. valenciana, Bd. XI, S. 65, 97.)

J. Flévez. Hypertrophie thymique chez un nouveau-né, mort 36 heures après sa naissance. (Journ. des scienc. méd. de Lille, Bd. XXXIV, S. 586.)

Fischl. Scharlachfragen. (Fortschr. d. Med., Bd. XXIX, S. 889.)

E. Flatau und **W. Sterling.** Progressiver Torsionsspasmus bei Kindern. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Bd. VII, S. 586.)

Karl Flessa. Über gehäuftes Auftreten von akut entzündlichen Herzerkrankungen im Kindesalter. (Diss., München 1912.)

Fletcher. Speech defects in children. (Sprachdefekte bei Kindern.) (Amer. Journ. Obstetr., Januar 1912.)
Wachenheim (New York).

S. Flexner. Epidemic poliomyelitis. Relation of the virus to the tonsils, blood and cerebrospinal fluid; races of the virus. (Journ. Amer. Med. Assoc., Bd. LVII, S. 1685.)

Ferdinand Flury. Zur Chemie und Toxikologie der Askariden. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol., 1912, Bd. CXVII, S. 275—392.)

J. G. Forbes. A note on the cerebro-spinal fluid in acute poliomyelitis. (Lancet, Bd. CLXXXI, S. 1400.)

C. Fromaget. Inutilité du traitement mercuriel dans la kératite hérédo-syphilitique. (Clinique prat. méd.-chir., Bd. VII, S. 97.)

Frommholz. Beobachtungen aus der Praxis bei der prophylaktischen Einträufelung in die Augen Neugeborener. (Med. Klinik, Bd. VII, S. 1547.)

E. Gagnoni. La malaria nei bambini. (Pathol., Bd. III, S. 615.)

A. Galliot. Notes sur le traitement des albuminuries de l'enfance. (Thèse de Paris, Nr. 14.)

Gaucher. Diegnostic de l'hérédo-syphilis tertiaire. (Concours méd., Bd. XXXIII, S. 1178.)

A. Gaullieur L'Hardy. La méthode de Milne. Traitement et prophylaxie de la scarlatine et de la rougeole sans isolement. (Clinique infant., Bd. IX, S. 458.)

Gellhorn. Diabetes mellitus in childhood. (Diabetes mellitus im Kindesalter.) (Northwest Med., Januar 1912.)
Wachenheim (New York).

G. Genersich. Gonokokkeninfektion bei Säuglingen und kleinen Kindern weiblichen Geschlechts. (Pester med.-chir. Presse. Bd XLVII, S. 405, 416 und Bd. XLVIII, S. 2.)

Genet et **Palasse.** Conjonctivite à fausses membranes chez un nouveau-né. Gangrène des yeux. (Lyon méd., Bd. CXVII, S. 935.)

G. Gendron. L'adénopathie médiastine. Sa valeur clinique dans les tuberculoses pulmonaires aiguës et curables de l'enfant. (Thèse de Paris, Nr. 362.)

— Les tuberculoses pulmonaires aiguës et curables de l'enfant et l'adénopathie médiastine. (Rev. franç. de méd. et chir., Bd. VIII, S. 292.)

A. Georgescu. Despre leucocitoza in scarlatina. (Thèse de Bucarest, Nr. 1186. (Bucuresti, Antonescu, 1911.)

V. Georgiewsky. Contribution à l'étude de l'œdème infectieux du nourrisson. (Étude clinique, étiologique et pathogénique. (Thèse de Montpellier, Nr. 15.)

R. Gezes et **U. L. Torrini** Recherches microscopiques au sujet du développement du leptothrix buccalis dans les cas de mycosis. (Rev. hebdom. de laryngol., Bd. XXXII, S. 305.)

Gibson. Discussion on the varieties and treatment of asthma. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2649, S. 791.)

E. Ginestous. Ophthalmoplégie externe par foyers méningé tuberculeux. (Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1911, Nr. 27, 2. Juli, S. 332.)

Ginestous und **Campana.** Cataracte congénitale et hydrocéphalie. (Gaz. hebdom. scienc. méd. de Bordeaux, Bd. XXXII, S. 389.)

Glogau. Condition of nose, throat and ear as factor in exceptional development. (Zustand von Nase, Rachen und Ohr im Verhältnis zum Zurückbleiben.) (Amer. Journ. Obstetr., Januar 1912.)

J. Goldberger und **J. A. Anderson.** An experimental demonstration of the presence of the virus of measels in the mixed buccal and nasal secretions. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1911, Bd. DVII, S. 476.)

C. Golescéano. La vision de l'enfant et les difficultés anormales dans le choix des lunettes. (Clinique prat. méd.-chir., Bd. VII, S. 121.)

— La vision de l'enfant et les difficultés anormales dans le choix des lunettes. (L'Ophtalmol. prov., Bd. VIII, S. 97.)

E. Gorovenko. La fièvre de Malte chez l'enfant. (Thèse de Montpellier, Nr. 3.)

Th. Gött. Diagnostische Methoden der kindlichen Psychopathien. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, S. 809.)

J. Gougelet. Des épisodes méningés tuberculeux curables chez l'enfant. (Thèse de Paris, Nr. 30.)

Grafe. Zur Kenntnis der paroxysmalen Hämoglobinurie. (A. d. med. Klinik in Heidelberg.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 2035.)

Kasuistischer Fall, ein 10jähriges, hereditär-luetisches Kind betreffend. Birk (Kiel).

E. E. Graham. The value of pertussis vaccine in the treatment of whooping cough. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 177.)

Le Grand Kerr. Laryngeal stenosis in children. (Med. Times, Bd. XXXIX S. 267.)

— Diagnostic, signifiance of disturbances of consciousness in childhood. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIII, S. 1118.)

— Hemiplegia occuring during pertussis. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIII, S. 1120.)

— The causes of epistaxis in childhood. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 709.)

Granjux. La question de l'enfance anormale. (Bull. méd., Bd. XXV, S. 1019.)

— La préservation de l'enfance contre la tuberculose en Belgique. (Bull. méd., Bd. XXV, S. 1038.)

J. P. C. Griffith. Recurrence of scarlet fever. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 158.)

J. P. C. Griffith and **W. G. Spiller.** Amyotonia congenita. (Amer. Journ. of Med., Bd. CXLII, S. 165.)

Groszmann. Backward child. vs. feeble-minded child. (Zurückbleiben verglichen mit Imbezillität.) (Amer. Journ. of Obstetr., Januar 1912.)

— Tentative classification of exceptional children. (Versuchsweise Einteilung defekter Kinder.) (California State Journ. of Med., Oktober 1911.) Wachenheim (New York).

F. Groszmann. Über den heutigen Stand der Diätetik und Therapie des Scharlachs. (Pester med.-chir. Presse, Bd. XLVIII, S. 319.)

Guérin-Valmale et Vayssière. Deux cas d'hémorragie méningée chez le nouveau-né. (Marseille méd., Bd. XLVIII, S. 488.)

G. Guerrini. Sulla tossicità degli ascaridi. (Lo Sperimentale, Bd. LXIV.) Tierexperimente mit negativem Resultat über die Anwesenheit von Toxinen.

— Sur la prétendue toxicité des ascarides. (Arch. ital. de biol.,1911, Bd. DV, S. 283.)

G. Guignard. Les insuccès de la sérothérapie antiméningococcique. Leurs causes et leurs moyens de les éviter. (Thèse de Paris, Nr. 64.)

L. Guinon. Hémorrhagie méningée foudroyante chez un garçon de 17 ans atteint de tuberculose ganglionnaire. (Bull. de la Soc. de pédiatrie de Paris 1911, S. 249.) R. Weigert (Breslau).

L. Guinon et H. Grenet. Méningite à méningocoques et à bacilles de Koch associés. (Rev. prat. d'obstétr. et péd., Bd. XXIV, S. 239.),

L. Guthrie. Recurrent jaundice, pyrexia, splenomegaly, anaemia and pigmentation of the skin in a girl aged 11 years. (Practitioner, Bd. LXXXVII, S. 791.)

C. Häberlin. Die Rolle der Kinderseehospize bei der Tuberkulosebekämpfung. (Zeitschr. f. Tuberkulose, 1912, Bd. XVIII, S. 446.)

H. Hahn. Klinischer Beitrag zur Lehre von der Pachymeningitis hämorrhagica interna im frühen Kindesalter. (A. d. städt. Krankenh. Altstadt in Magdeburg, Prof. Thiemich.) (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, S. 1518.) Kasuistischer Fall. Birk (Kiel).

A. Halipré. Hémophilie. Métrorragies graves chez une fillette. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 541.)

O. Hamburger. Un cas de paralysie infantile dans l'antiquité. (Bull. Soc. fr. d'hist. méd., Bd. X, S. 407.)

Hanns. Hémophilie familiale chez des descendants de tuberculeux. (Province méd., Bd. XXIV, S. 440.)

Harper. Diphtheria. (Southern Med. Journ., Januar 1912.)

I. M. Heller. Strabismus in infants and young children. (Med.Record, Bd. LXXX, S. 1170.)

Hellmann. Die Behandlung des Keuchhustens mit Bromotussindämpfen (nach Schottin). Klin.-therap. Wochenschr., Bd. XVIII, S. 1532.)

Hennicke. Augenerkrankung bei Myxödem. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, 1911, Bd. IC, S. 589.)

Francis Hernaman-Johnson. A case of infantile paralysis in a girl aged five years. Treatment by electricity. (Lancet, Bd. CLXXX, S. 1700.)

— A case of wry neck following infantile paralysis: treatment; result. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2647, S. 651.)

Higgs. Relation between diseased tonsils, rheumatic fever and heart disease. (Verhältnisse von Tonsillenerkrankung, Rheumatismus und Herzfehlern.) (Northwest Med., November 1911.) Wachenheim (New York).

Hill. Spasmus nutans. (Arch. of Pediatrics, Dezember 1911.)

S. Hillier. Epidemic poliomyelitis occurring at Stowmarkes, Suffolk. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2661, S. 1690.)

C. A. Hodgetts. The statistics of infant paralysis. (Pediatrics, Bd. XXIII, S. 521.)

W. B. Holderness. A series of cases of catarrhal jaundice occurring in epidemic form. (British med. Journ., Nr. 2658, 9. Dezember, S. 1533.)

P. Holloender. Démence précoce infantile. (Arch. intern. de Neurol., 9. Serie, Bd. II, S. 97, 220, 294.)

Holmes. Insanity in children. (Geistesstörungen bei Kindern.) (New York Med. Journ., 10. Februar 1912.) Wachenheim (New York).

O. L. Hopper und **A. Gregor.** Clinical observations on an epidemie of acute poliomyelitis in Cornwall. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2653, S. 1154.)

Horn. Responsibility of general practitioner to child with speech defect. (Sprachdefekte in der allgemeinen Praxis.) (California State Journ. of Med., Februar 1912.) Wachenheim (New York).

S. C. Hounsfield. Epidemic paralysis (polioencephalomyelitis.) (British Med. Journ., Nr. 2657, 2 Dezember, S. 1471.)

J. B. Huber. Prenatal and infantile tubercular predispositions. (Pränatale und infantile tuberkulöse Anlage.) (Amer. Journ. Med. Sciences, November 1911.) Wachenheim (New York).

V. Hutinel. Les oreillons et leurs complications. (La Pathol. infant., 1911, Bd. VIII, S. 105.)

— Néphrites tuberculeuses. (Concours méd., Bd. XXXIII, S. 683.)

— Traitement des néphrites de l'enfance. (L'Étoile méd., Bd. XVIII, S. 113.)

— Médiastinites chroniques. Médiastinites supérieures. (Bull. méd., Bd. XXV, S. 735.)

— Les médiastinites chroniques chez l'enfant. Médiastinites inférieures. (Bull. méd., Bd. XXV, S. 753.)

— Les broncho-pneumonies banales de la première enfance. (Journ. des prat., Bd. XXV, S. 406.)

— Association de la rougeole et de la scarlatine. (Bull. méd. de Québec, Bd. XII, S. 554.)

— L'obésité chez l'enfant. (Journ. des prat., Bd. XXV, S. 547.)

— Les congestions pulmonaires chez l'enfant. (Journ. des prat., Bd. XXV, S. 662. Courr. méd., Bd. LXI, S. 495.)

— Idiotie mongolienne. (Journ. des prat., Bd. XXV, S. 709.

— Médiastinites chroniques; médiastinites supérieures. (Pathol. infant., Bd. VIII, S. 241).

— Méningite cérébro-spinale basilaire. (Bull. méd., Bd. XXV, S. 1081.)

— La pleurésie dans le rhumatisme articulaire aigu. (Concours méd., Bd. XXXIII, S. 1152.)

— Bacillémie et typho-bacillose. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 580.)

— Troubles cardiaques consécutifs aux infections graves chez l'enfant. (Paris méd., Bd. II, S. 10.)

V. Hutinel et **L. Babonneix.** Le syndrome de Little. (Bull. méd., Bd. XXV, ß. 875.)

J. M. Hunt. Tubercular laryngitis in an infant of seventeen months. (Med. Press. and Circ., Bd. XCII, S. 604.)

R. Hutchinson. Some common affections of the genitourinary system in childhood. (Clin. Journ., Bd. XXXVIII, S. 209.)

E. Jeanselme. Le salvarsan injecté à une mère en période d'allaitement peut-il influencer la syphilis de son nourrisson? (Ann. de gynécol. et d'obstétr., 1911, Juli, S. 394.)

W. M. Jeffreys. Infection of the urinary tract in children by coliform organisms. (Quarterly Journ. of Med., Bd. IV, S. 267.)

L. Ingelrans. L'idiotie familiale amaurotique. (L'Écho méd. du Nord, Bd. XV, S. 437.)

R. Jones. An adress on certain operative procedures in the paralysis of children, with special reference to poliomyelitis. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2658, S. 1520.)

Iribarne. Paralysie hystérique du larynx chez l'enfant. (Clinique infant., Bd. IX, S. 687.)

C. Juarros und **J. G. Del Diestro.** Cooperación al estudio del histerismo infantil. (Arch. español. de neurol., Bd. II, Nr. 5, S. 145.)

John R. Keith. The treatment of serum sickness occuring in diphtheria. (Behandlung der Serumkrankheit bei Diphtherie.) (British Med. Journ., 1911, 15. Juli.)

R. Kennedy. Experiments on the restoration of paralysed muscles by means of nerve anastomosis. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2635, S. 15.)

Kerley. The dietetic and general management of typhoid fever in children. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 1109.)

Kerr. Diagnostic significance of rigidity of neck muscles in children. (Diagnostische Bedeutung der Nackenmuskelrigidität bei Kindern.) (Amer. Journ. Obstetr., Februar 1912.)

Carl Kling, Wilhelm Wernstedt und **Alfred Pettersson.** Recherches sur le mode de propagation de la paralysie infantile épidémique (maladie de Heine-Medin). (Über die Art der Übertragung der spinalen Kinderlähmung.) (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 1912, Bd. XII, S. 657 bis 670.)

Kolmer. A study of streptococcus antibodies in scarlet fever, with special reference to complement fixation of reactions. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 1095.)

H. Koplik. Tetany and the spasmophile tendency in infancy and childhood. (Med. Record, Bd. LXXX, S. 559.)

H. Kramer. Gangrene of leg following diphtheria. (British Med. Journ., Nr. 2644, 2. Sept., S. 505.)

Krulish. Cerebrospinal meningitis. (Journ. Amer. Med. Assoc., 24. Februar 1912.) Wachenheim (New York).

D. Kryloff. Über die Komplementsbindungsreaktion bei der Variolois und der Variola vera. (Zentralbl. f. Bakteriologie, 1911, Bd. CX, S. 651.)

J. Labouré. La respiration chez l'adénoïdien. (Clinique prat. méd.-chir., Bd. VII, S. 106.)

Lafforgue. Paralysies diphtériques à répétition, guéries par le traitement sérothérapique longtemps prolongé. (Bull. et mém. Soc. méd. hôp. de Paris, 3e sér., Bd. XXXII, S. 382.)

L. Landouzy et **L. Læderich.** Etude expérimentale de l'hérédo-tuberculose. (Bull. Acad. de méd. de Paris, 3e sér., Bd. LXVI, S. 160.)

K. Landsteiner, C. Levaditi et **M. Bastia.** Etude expérimentale de la poliomyélite aiguë (maladie de Heine-Medin). (Ann. de l'Instit. Pasteur, Bd. XXV, S. 805.)

K. Landsteiner, C. Levaditi et **C. Pastia.** Recherche du virus dans les organes d'un enfant atteint de poliomyélite aiguë. (C. R. Acad. des scienc., Bd. CLII, S. 1701.)

K. Landsteiner, C. Levaditi und **E. Prasek.** Essais de transmission de la scarlatine aux singes. (Ann. de l'Inst. Pasteur., 1911, Bd. XXV, S. 754.)

Jer. Lange (Leipzig). Zur Prophylaxe und Therapie des Scharlachs. (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 913.)
Klinischer Vorttag. Birk (Kiel).

F. Langmead. Acute rheumatism among children. (Lancet, Bd. CLXXXI, S. 1133.)

V. Lapeyre. Considérations cliniques sur l'évolution de la diphtérie survenant pendant ou au décours de la rougeole. (Thèse de Paris, Nr. 59.)

W. Leede. Bakteriologische Blutfunde bei Diphtherie. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1911, Bd. CXIX, S. 225.)

— Bakteriologische Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis bei Diphtherie. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1911, Bd. CXX, S. 104.)

P. Lefrane. Les phases aiguës de la dilatation bronchique chez les enfants. (Thèse de Paris, Nr. 478.) (Paris, Leclerc, 1911.)

P. Léger. La méningite cérébro-spinale chez le nourrisson. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 493.)

— La méningite cérébro-spinale chez le nourrisson. (L'Année méd. de Caen, Bd. XXXVI, S. 317.)

Leiner und **Spieler.** Über disseminierte Hauttuberkulose im Kindesalter. (Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., 1911, Bd. VII, S. 59.)

Lemoine. Épidémie familiale de paralysie spinale infantile. Un cas de dégénérescence du noyau du facial inférieur. (Gaz. des prat., Bd. XVIII, S. 213.)

Lenormand. L'épreuve du collargol dans le diagnostic de la bronchopneumonie tuberculeuse infantile. (Thèse de Paris, Nr. 391.) (Paris, G. Steinheil, 1911.)

P. Lequeux. Un cas d',,epidermolysis diffusa neonatorum". (Bull. Soc. d'obstétr. de Paris . . ., Bd. XIV, S. 479.)

M. Lermoyez. Principes de crénothérapie oto-rhino-laryngologique. (Ann. des mal. de l'oreille et du larynx, Bd. XXXVII, S. 1025.)

Henri Leroux. Scarlatine compliquée d'hémiplégie gauche, suivie de fièvre typhoïde compliquée d'hémorragies intestinales. (Bull. de la Soc. de péd., Paris 1911, S. 431.) R. Weigert (Breslau).

C. Lesieur und **J. Colombet.** Les séquelles anormales des diphthéries méconnues. (Rev. de méd., Bd. XXX, S. 451.)

E. Leuret. A propos de l'allaitement d'un nourrisson hérédo-syphilitique. (Gaz. hebdom. scienc. méd. de Bordeaux, Bd. XXXII, S. 487.)

C. Levaditi. La paralysie infantile épidémique (maladie de Heine-Medin). (Rev. gén. des scienc., Bd. XXII, S. 533.)

— Le virus de la paralysie infantile épidémique. (Rev. gén. des scienc., Bd. XXII, S. 673.)

— Comment se transmet la poliomyélite aiguë épidémique; quels sont les moyens d'empêcher la contagion? (Paris méd., Bd. II, 5. août, S. 221.)

J. Lévêque. Aphasies toxi-infectieuses de l'enfance. (Thèse de Toulouse, Nr. 937.)

Levinson. Practical points in the diagnosis and treatment of diphtheria. (Diagnose und Behandlung der Diphtherie.) (Med. Record, 6. Januar 1912.) Wachenheim (New York).

E. Lévy und **A. Cortesi.** Le kala-azar en Tunisie. (Bull. et trav. Soc. scienc. méd. de Tunis., Bd. IX, S. 175.)

Charles F. Lewis. Delirium tremens in a boy of twelve. (Delirium tremens bei einem 12jährigen Knaben.) (Arch. of Pediatrics, 1911, Juni.)

Long-Landry. La maladie de Little. (Paris méd., Bd. II, S. 153.)

A. Longo. (Kinderklinik, Catania.) Note ed appunti sulla Leishmania e sulla Leishmaniosi. (Rivista di Clinica Pediatrica, Nr. 12, 1912.) 26 klinische Fälle tief beobachtet. Dotti (Florenz).

A. Love. Diphtheritic paralysis. (Glasgow Med. Journ., Bd. LXXVI, S. 247.)

F. Luna. (Palermo, Kinderklinik.) XXV. caso di anemia da Leishmania osservato a Palermo. (La Pediatria, Nr. 1, 1911.) Dotti (Florenz).

T. Luzzatti. La spasmofilia nell' infanzia. (Riv. ospedal., Bd. I, S. 964.)

A. Macdonald. A case of antenatal pneumonia. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2354, S. 1247.)

W. Mackenzie. Muscular factor in infantile paralysis. (Australian Med. Journ., Bd. XVI, S. 253.)

Maillet. Albuminurie orthostatique et rein mobile chez un garçon de 4 ans. (Montpellier méd., Bd. LIV, S. 380.)

Maillet et **Gueit.** Syndrome de Weber au cours d'une méningite tuberculeuse chez l'enfant. Variations de la formule cytologique du liquide céphalo-rachidien. (Montpellier méd., Bd. XXXII, S. 282.)

— Un cas d'œdème infectieux du nourrisson. (Gaz. des hôp., Bd. LXXXIV, S. 1267.)

Malvoz. L'étude expérimentale de la scarlatine. (Scalpel et Liège méd., Bd. LXIV, Nr. 4, 23. Juli, S. 52.)

J. van V. Manning. Infantile paralysis; diagnosis and differential diagnosis. (Amer. Med., Bd. XVII, S. 517.)

A. Marburg. Zur Klinik und Pathologie der Myatonia congenita (Oppenheim). (Arbeiten a. d. neurol. Inst., Wien, Bd. XIX, S. 133.)

L. Marchand et **G. Petit.** Etat de mal épileptique chez un enfant de 5 jours. Mère atteinte d'épilepsie (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 571.)

— Etat de mal épileptique chez un enfant de 5 jours. Mère atteinte d'imbécillité et d'épilepsie. (Gaz. des hôp., Bd. LXXXIV, S. 1339.)

A. B. Marfan. Traitement du rachitisme. (Bull. méd de. Québec, Bd. XII, S. 542.)

A. B. Marfan. Influence favorable de la cure d'altitude sur l'eczéma des nourrissons. (Rev. franç. de méd. et chir., Bd. VIII, S. 373. Journ. de méd. de Paris, Bd. XXXI, S. 551.)

L. Martin et **H. Darré.** Rechute de diphtérie après une rougeole. (Rev. franç. de méd. et chir., Bd. VIII, S. 243.)

A. Martingay. Traitement de la chorée de Sydenham. (Pathol. infant., Bd. VIII, S. 173.)

Matson. Specific diagnosis of tuberculosis in children. (Spezifische Diagnose der Tuberculose bei Kindern.) (Northwest Med., November 1911.) Wachenheim (New York).

C. Mattei. Observation d'un malade atteint de méningite cérébro-spinale, ayant fait croire au début à une occlusion intestinale. (Marseille méd., Bd. XLVIII, S. 455.)

C. Mauro. (Palermo, Kinderklinik.) XXVI. caso di anemia splenica infantile da corpi di Leishmann. (La Pediatria, Nr. 1, 1911.) Dotti (Florenz).

A. Mazzuoli. Sindrome meningitiforme da elmintiasi. Valore diagnostico della formula ematologica. (Gazz. d. osped., Bd. XXXI, S. 843.)

C. van Meenen. Éducation physique et végétations adénoïdes. (Belgique méd., Bd. XVIII, S. 496.)

Ménard. Radiographie et diagnostic de la tuberculose ostéo-articulaire. Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 603, 619.)

P. Merklen. De la prédisposition envisagée à propos de l'ictère émotif. (Gaz. des hôp., Bd. LXXXIV, S. 1171.)

— Néphrite albumineuse simple à évolution chronique et bénigne. (Bull. de la Soc. de péd. de Paris 1911, S. 198.) R. Weigert (Breslau).

— Ictère émotif chez l'enfant. Observation d'un cas suivi d'une petite épidémie familiale d'ictère infectieux. (Clinique infant., Bd. IX, S. 433.)

— L'indice respiratoire dans l'insuffisance nasale de la seconde enfance. (Bull. de la Soc. de péd. de Paris 1911, S. 239. Journ. de physioth., Bd. IX, S. 341.)

Bei Kindern mit verlegter Nasenatmung pflegt der Index respiratorius vermindert zu sein. R. Weigert (Breslau).

— Trois particularités au cours de la varicelle. Varicelle avec adénopathies, varicelle avec torticolis, varicelle avec prurit. (Gaz. méd. de Paris, Bd.. LXXXII, S. 249.)

Fritz Meyer. Fortschritte in der Behandlung der Diphtherie. (Berliner klin. Wochenschr., 1911, Nr. 45.)

Meylan. Value of physical activities in treatment of atypical boys. (Physikalische Übungen in der Behandlung defekter Knaben.) (Amer. Journ. Obstetr., Januar 1912.) Wachenheim (New York).

Miller. On the diagnosis of atypical scarlet fever. (Diagnose des atypischen Scharlachfiebers.) (Arch. of Pediatrics, April 1912.)

L. Mireaux. Contribution à l'étude de l'hémiplégie spasmodique infantile. (Thèse de Toulouse, Nr. 935.)

M. Mitra (Palermo, Kinderklinik.) Sopra un caso di cirrosi cardio tubercolare. (La Pediatria, Nr. 1, 1911.) Dotti (Florenz).

J. Hay Moir. Epidemic anterior poliomyelitis in south Derbyshire. (British med. Journ., 1911, Nr. 2661, S. 1693.)

Monges. Méningite cérébro-spinale ou maladie de Heine-Medin? (Marseille méd., Bd. XLVIII, S. 545. Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 525.)

C. J. Montet. Contribution à l'étude des hémorragies méningées chez le nouveau-né. (Thèse de Paris, Nr. 71.)

R. O. Moon. On nervous manifestations in children and their treatment. (Med. Press and Circ., Bd. XCII, S. 654.)

V. Morax. Les nouvelles recherches sur l'ophtalmie non gonococcique du nouveau-né, „l'ophtalmie à inclusions". (Ann. de gynecol. et d'obstétr., 1911, Bd. VIII, S. 351, 353. Journ. de méd. intern., Bd. XV, S. 207.)

W. G. Morgan. Cardiospasm in infants. (Med. Record, Bd. LXXX, S. 172.)

W. v. Muralt. Droserin gegen Keuchhusten. (Korrespondenzbl. f. schweizerische Ärzte, Bd. XLI, S. 1037.)

M. Natier. Ozène, nutrition et respiration. Étiologie et pathogénie. Méd. scol., Bd. IV, Nr. 11, S. 273.)

M. Neustaedter. Two cases of Little's disease. (Med. Record, Bd. LXXX, S. 613.)

M. Nicoll. The treatment of sepsis in scarlet fever with antistreptococcus serum. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 172.)

— Notes on noma treated with salvarsan. (Arch. of Pediatrics, Bd. XXVIII, S. 912.)

— Note on the causative factor of scarlet fever. (Arch. of Pediatrics, Bd. XXVIII, S. 910.)

C. Nicolle. Réflexions sur les résultats de l'emploi de l'arséno-benzol au traitement du kala-azar chez l'enfant et chez le chien. (Arch. Inst. Pasteur de Tunis, Bd. II, 1911, S. 18.)

— Quelques données nouvelles sur le kala-azar. (Arch. Inst. Pasteur de Tunis, Bd. II, 1911, S. 124.)

C. Nicolle, A. Cortesi et E. Lévy. Application de l'arséno-benzol au traitement du kala-azar de l'enfant. (Bull. Soc. de pathol. exot., Bd. IV, Paris 1911, S. 187.)

P. Nobécourt. Péricardites de l'enfance. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 338.)

— Diagnostic de la tuberculose chez l'enfant par la recherche du bacille de Koch. (Courr. méd., Bd. LXI, S. 545.)

— La cura della pertosse. (Rif. med., Bd. XXVII, S. 775.)

P. Nobécourt et Sevestre. Méningite cérébro-spinale à début anormal et à évolution prolongée chez un nourrisson. Syndrome d'hypertension intracrânienne avec double névrite optique par stase et surdité bilatérale. Crâniectomie décompressive, autopsie. (Bull. de la Soc. de péd., Paris 1911, S. 421.)

R. Weigert (Breslau).

E. L. Oatman. Maculo-cerebral degeneration (familial). (Amer. Journ. of med. scienc., Bd. CXLII, S. 221.)

M. Ogata. Über das Wesen der Rachitis und Osteomalacie. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. XVII, S. 23.)

A. Oliari. Contribution à l'étude de l'atonie musculaire congénitale. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 515.)

The Oliver. A lecture on lead poisoning and the race. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2628, S. 1096.)

M. Ostheimer. The diagnosis of scarlet fever. (Amer. Journ. of dermatol., Bd. XV, S. 315.)

Page. The treatment of diphtheria carriers by overriding the infected area with a culture of staphylococcus pyogenus aureus. (Behandlung der Diphtheriebazillenträger durch Übersäung der Infektionsaera mit Staphylococcus-aureus-Kulturen.) (New York Med. Journ., 23. Dezember 1911.)

G. Paisseau et Jean Troisier. Contribution à l'étude de la forme méningitique de la Paralysie infantile. (Gaz. des hôp., 1910, Nr. 161, Oktober.)

L. Parsons. Infantilism associated with chronic interstitial nephritis. (British Med. Journ., Nr. 2644, S. 481.)

Paul-Boncour. La réunion pour l'étude de l'enfance anormale. (Progrès méd., Bd. XXXIX, S. 552.)

Péhu. L'intra-dermo-réaction à la tuberculine chez le nourrisson. (Province méd., Bd. XXIV, S. 352.)

H. Peretz. Considérations sur les causes et la fréquence de la cécité chez les enfants égyptiens. (Presse méd. d'Égypte, Bd. III, S. 281.)

A. F. Perigal. Erythema nodosum following measles. (British med. Journ., Nr. 2638, S. 163.)

A. Perrier. Méningite tuberculeuse chez l'enfant. Contribution à l'étude des symptômes gastro-intestinaux du début. (Thèse de Paris, Nr. 42.)

F. Peruzzi. (Padua, Kinderklinik). Trasformazione adiposa della fibra muscolare in un caso di amiotrofia primitiva. (La Pediatria, Nr. 1, 1911.) Dotti (Florenz).

C. A. Pettavel. Über eigentümliche herdförmige Degenerationen der Thyroidea-Epithelien bei Purpura eines Neonatus. (Arch. f. pathol. Anat., Bd. CCVI, S. 1.)

Phalen und **Callison.** Vaccine inoculations prophylactic and curative of typhoid fever. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 1102.)

Phillips. Acute yellow atrophy of the liver in children, with report of a case. (Akute gelbe Leberatrophie bei Kindern mit Bericht über einen Fall.) (Amer. Journ. Med. Scienc., Februar 1912.)

M. Phillips und **E. Glynn.** Comparative value of certain microscopical methods of demonstrating spirochaeta pallida. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2654, S. 1282.)

R. W. C. Pierce. Notes on the etiology of scarlet fever. (Lancet, Bd. CLXXXI, S. 1191.)

Pigeaud. L'érythème polymorphe chez les enfants. (La Dosimétrie, Bd. XVII, S. 104.)

Pillon. Réaction de Wassermann chez le nouveau-né. (Lyon méd., Bd. CXVII, S. 112.)

G. R. Pisek and **T. H. Coppen.** The polygraph as an aid to diagnosis in cardiac conditions in children. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 184.)

G. R. Pisek and **M. C. Pease.** Anaphylaxis in its relation to pediatric practice. (Pediatrics, Bd. XXIII, S. 552.)

Plauchu. Une nouvelle méthode d'insuffisance dans la mort apparente du nouveau-né. (Lyon méd., Bd. CXVII, S. 425, 1212.)

L. Plumier. A propos de la prophylaxie de la diphtérie. (Scalpel, 1911, Bd. DCIV, S. 190. et Liège méd., Bd. LXIV, S. 190, 245.)

A. Poncet et **Leriche R.** Tuberculose inflammatoire et glandes vasculaires sanguines. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 348.)

F. J. Poynton. A lecture on complications of rheumatism in childhood. (British Med. Journ., Nr. 2640, 5 août S. 253.)

E. Pritchard. The causes of convulsions of infancy and childhood. (Clin. Journ., Bd. XXXIX, S. 97.)

Raelke (Frankfurt a. M.). Über den kindlichen Schwachsinn, seine Symptomatologie, Diagnose und Therapie. (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1873.)
Klinischer Vortrag. Birk (Kiel).

Ad. Reinhardt. Zur Kenntnis der Hautdiphtherie. (Virchows Arch., 1911, S. 205, 452.)

Emil Reiß und **Paul Jungmann.** Die Behandlung schwerer Scharlachfälle mit Rekonvaleszentenserum. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. DVI, S. 70—96.)

E. Retterer et **A. Lelièvre.** Structure et histogénèse des végétations adénoïdes. (Arch. de méd. expér., Bd. XXIII, S. 387.)

L. Revillet. Le myxœdème endémique dans les Alpes dauphinoises. (Clinique, Bd. IX, S. 713.)

L. Ribadeau-Dumas und **Albert Weil.** Sur un cas d'hypertrophie du thymus, traitée par la radiothérapie. (Ein Fall von Thymushypertrophie mittels Röntgenstrahlen behandelt.) (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 431—440.)

Richards. Omphalorrhagia neonatorum. (Med. Record, 13. Januar 1912.)

M. W. Richardson. On epidemic of tonsillitis due to infected milk. (Boston Med. and Surg. Journ., Bd. CLXV, S. 907.)

E. Ricklin. Traitement de la rougeole. (Rev. intern. de clin. et thérap., Bd. XII, S. 346, 399.)

J. Ritchie and **A. N. Bruce.** The suprarenal glands in diphtheritic toxaemia. (Quart. Journ. of exper. Physiol., Bd. IV, S. 127.)

C. Robert. Les érythèmes scarlatiniformes observés à la suite des injections de sérum antidiphtérique. (Thèse de Paris, Nr. 9.)

Rocaz. Eczéma des nourrissons et opothérapie thyroïdienne. (Courr. méd., Bd. LXI, S. 379.)

— L'opothérapie thyroïdienne et l'eczéma des nourrissons. (Gaz. méd. de Paris, Bd. LXXXII, S. 281.)

Roddy. Diphtheria antitoxine and anaphylaxis. (Diphtherieheilserum und Anaphylaxe.) (New York Med. Journ., 16. Dezember 1911.)

Rollet und **L. Grand-Clément.** Chancre syphilitique de la paupière inférieure chez une enfant de 7 ans. (Lyon méd., Bd. CXVIII, S. 651.)

H. P. Roemer. Nachlese aus der experimentellen Erforschung der Poliomyelitis acuta. (Med. Klinik, Bd. VII, S. 1069.)

A. J. J. R. Rooks Carlson und **J. F. Mc. Kie.** Attempts to produce experimental hyperthyroidism in mammals and birds. (Versuche über die Erzeugung von Hyperthyreoidismus bei Säugetieren und Vögeln. (Amer. Journ. of Physiol., 1912, Bd. XXX, S. 129—159.

Fritz Rosenfeld. Zur Therapie des Keuchhustens. (Berliner klin. Wochenschrift, 1911, Nr. 37.)

Empfehlung des Medinals, das dem Verf. mit Ausnahme eines Falles bei einem einmonatigen Säugling kaum je versagt hat.

H. Rouèche. Neuf cas d'éruptions scarlatiniformes, secondaires, tardives, chez des enfants convalescents de scarlatine. (Thèse de Paris, Nr. 61.)

Rousseau Saint-Philippe. Les dangers méconnus de la coqueluche. Coqueluche et tuberculose. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 335.)

Rübel. Senkrecht ovale Hornhaut bei Lues congenita. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1911, Bd. IC, S. 227.)

F. Rudaux. De la mort apparente du nouveau-né. (Journ. des sages-femmes, Bd. XXXIX, S. 340.)

— Des infections obstétricales du nouveau-né. (Journ. des sages-femmes, Bd. XXXIX, S. 331.)

K. Rupprecht. Kindlicher Schwachsinn und Straffälligkeit Jugendlicher. (Arch. f. Psychol., 1911, Bd. IIC, S. 881.)

Sainton et **Burnier.** Lichen plan bucal chez un enfant. (Soc. de derm. et de syphil., 1911, 4. Mai.)

Yasnsa Curo Sakaki. Some studies on the so-called „Abnormally intelligent" scholars. (Schüler mit übernormaler Intelligenz.) (Intern. Arch. f. Schulhyg., 1911, Bd. VII, S. 532.)

A. Sargnon, Gaté J. et **Durif.** Végétations adénoïdes chez les nourrissons. (Bull. méd de Québec, Bd. XIII, 111. Gaz. des hôp., Bd. LXXXIV, S. 1711.)

L. Schaps. Bemerkenswerter Fall von tuberkulöser Meningitis im Säuglingsalter. (Zentralbl. f. Kinderheilk., Bd. XVI, S. 407.)

Schaub. Zur Pathologie der epidemischen Kinderlähmung. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. XLIII, S. 100.)

B. Schick. Über die Behandlung des Scharlachs mit Moserserum. (Therap. Monatsh., 1912, Bd. XXVI, S. 258—262.)

J. C. Schippers. Die atypische Kinderpneumonie. (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1912, Bd. I, S. 1049—1058.)

G. Schreiber. La poliomyélite épidémique. (Maladie de Heine-Medin. (Clinique infant., Bd. IX, S. 405.)

— Le traitement médical de la poliomyélite antérieure aiguë (Maladie de Heine-Medin). (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 530.)

B. S. Schultze. Zur Behandlung des Scheintodes Neugeborener. (Zeitschr. f. Geburtsh., Bd. LXVIII, S. 591.)

F. Scordo. Prime ricerche sul ricambio materiale in un caso di kala-azar. (Il Policlinico, Bd. XVIII, S. 429.)

E. Seligmann. Die Bekämpfung der Diphtherie in Schulen und geschlossenen Anstalten. (Zeitschr. f. Hyg., Bd. LXX, S. 35.)

G. Severino. Un caso di emimelia. (La Pediatria, Bd. XIX, S. 280.)

Sheffield. Primary splenohepatomegaly in brother and sister. (Primäre Splenohepatomegalie bei Geschwistern.) (Med. Record, 4. November 1911.)

Sidler. Émaciation des muscles et des téguments du sommet droit chez les nourrissons consécutive à une mauvaise hygiène alimentaire et traduisant un état de prédisposition à la tuberculose pulmonaire droite. (Clinique prat. méd.-chir., Bd. VII, S. 265.)

P. Silve. Contribution à l'étude du craniotabes. (Thèse de Paris, Nr. 26.)

T. Silvestri. Patogenesi del rachitismo. (Il Morgagni, Bd. LIII, S. 1057.)

— Del rachitismo. (Rif. med., Bd. XXVII, S. 901, 934.)

Simpson. Case of cerebrospinal meningitis treated with antimeningitic serum. (Serotherapie der Zerebrospinalmeningitis.) (Colorado Med., Februar 1912.) Wachenheim (New York).

E. B. Smith. Typhoid fever in childhood: an analysis of one hundred consecutive cases. (British Journ. of children's Diseases, Bd. VIII, S. 390.)

A. B. Soltau. Acute poliomyelitis. (British Med. Journ., Nr. 2653, 4 nov., S. 1151.)

B. Soltan. Acute Poliomyelitis with special reference to the outbreak in Plymouth, Stonehouse and Devonport. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2653, S. 1151.)

B. Sour. Albumine in the urine of an apparently healthy child. (Amer. Med., Bd. XVII, S. 544.)

F. H. Sprague. Fatal case of haematemesis in an infant six hours old. (British Med. Journ., Nr. 2647, S. 687.)

Douglas Stanley. Lung syphilis. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2649, S. 802.)

Stephani. Prof. Petruschkys Versuche zur Entkeimung von Diphtheriebazillenträgern. (Der Schularzt, 1912, Bd. X, S. 226.)

M. D. Stevenson. Treatment of purulent ophthalmia and simple means for its prevention in infants. (Journ. Amer. Med. Assoc., Bd. LVII, S. 95.)

E. Stieren. Ocular findings in hereditary syphilis. (Ophthalmol. Record, Bd. XX, S. 339.)

E. Strattford. A case of Rötheln with anginal throat, followed by fatal purpura haemorrhagica. (Lancet, Bd. CLXXXI, S. 156.)

A. E. Tait. Congenital deficiency of speech areas (congenital aphasia?). (British. Med. Journ., Nr. 2638, S. 160.)

Taylor. Adenoids in school children and their effect on the general system. (Einfluß der adenoiden Vegetationen auf das Allgemeinbefinden.) (Med. Record, 19. Februar 1912.) Wachenheim (New York).

R. T. Taylor. Our present knowledge in regard to infantile paralysis. (Amer. Journ. of. Surg., Bd. XXV, S. 341.)

Terrien. Conjonctivite purulente du nouveau-né. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 599.)

Terson. Blennorrhöe der Neugeborenen. (Allgemeine Wiener med. Zeitschr., Bd. LVI, S. 432.)

— Des divers traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. (Gaz. méd. de Paris, Bd. LXXXII, S. 273.)

— La mort apparente du nouveau-né; des divers traitements de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. (Union méd. du Canada, Bd. XL, S. 511.)

Thomas. Fièvre de cause obscure chez l'enfant. (Rev. méd. Suisse rom., Bd. XXXI, S. 440.)

Thorington. Pathology and treatment of whooping cough. (Pathologie und Behandlung des Keuchhustens.) (Pediatrics, Januar 1912.)

G. Thuriot. Sur les causes de la mort brusque dans la scarlatine. (Rôle et importance de la myocardite. (Thèse de Lyon, Nr. 111.)

L. Tixier. Le traitements pratique des anémies infantiles. (Paris méd., Bd. II, S. 138.)

— On the practical treatment of infantile anæmias. (Med. Press and Circ., Bd. XCII, S. 114.)

E. F. Trevelyan. Peripheral birth palsy. (Quart. Journ. of Med., Bd. II, Nr. 8, S. 405.)

H. Triboulet. De la valeur du syndrome péritonéal et de la diarrhée dans la septicémie à pneumocoques. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 5.)

Triboulet et **Rolland.** Un cas typique de tirage par compression de la grosse bronche droite (adénopathie bacillaire.). Radiographie. (Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1911, S. 196.)

R. Weigert (Breslau).

R. Tripier. Rapports de la tuberculose avec la diphtérie. (Rev. de médec., Bd. XXX, nov. (Jubilé Lépine), S. 828.)

J. Tronyo. Complications oculaires des oreillons (Thèse de Lyon, Nr. 8.)

Valmorin. Contribution à l'étude du traitement de l'eczéma des nourrissons par l'opothérapie thyroïdienne. (Thèse de Bordeaux, 22 déc., 1911.)

G. Variot. L'immunité des nourrissons contre les fièvres éruptives et contre certaines maladies infectieuses. (Clinique infant., Bd. IX, S. 609.)

— Observations sur le traitement de l'eczéma infantile par les mutations lactées. (Presse méd. d'Égypte, Bd. III, S. 371.)

— La nature et le traitement du rachitisme. (Presse méd. d'Égypte Bd. III, S. 201.)

— Deux cas d'hérédo-syphilis latente et de contamination tardive des nourrices. (Presse méd. d'Égypte. Bd. III, S. 329, Clinique infant., Bd. IX, S. 582.)

Variot und **Moraneé.** Un nouveau cas de cyanose paroxystique congénitale avec examen radiographique de cœur. (Clinique infant., Bd. IX, S. 385.)

— Transposition artérielle. Cyanose congénitale sans soufle. (Bull. de la Soc. de péd. de Paris., 1911, S. 337.)

R. Weigert (Breslau).

V. Veau. Traitement chirurgical de la paralysie infantile. (Journ. méd. franç., Bd. V, S. 258.)

C. Vidal. Encore une observation d'helminthiase chez un enfant au sein. (C. R. Soc. d'obstétr., gynecol. and péd., Bd. XIII, S. 377.)

P. Vignard et **L. Thévenot.** Trois cas de tuberculose testiculaire chez l'enfant. (Rev. prat. d'obstétr. et péd., Bd. XXIV, S. 296. Province méd., Bd. XXIV, S. 283.)

S. de Villa. Risultati comparativi di tre metodi di serodiagnostici per la sifilide nella pratica pediatrica. (Gazz. intern. di med., Nr. 39, 28 sept., S. 926.)

J. Vinchon. Délires des enfants. (Thèse de Paris, Nr. 388.)

P. Viollet. Fortes angines fébriles récidivant 5 ou 6 fois par an chez une enfant, guéries par la suppression des replis de His et des amygdales. (Rev. hebdom. de laryngol., Bd. XXXII, S. 712.)

R. Voisin. Diagnostic clinique des méningites. (Bull. méd., Bd. XXV, S. 591.)

— Ponction lombaire et traitement des méningites. (Rev. franç. de méd et chir., Bd. VIII, S. 323. Bull. méd., Bd. XXV, S. 613.)

F. L. Wachenheim. The treatment of enuresis in children. (Amer. Journ. of dermatol., Bd. XV, S. 205.)

Rupert Waterhouse. Three cases of enlarged thymus in infants. (Drei Fälle von vergrößerter Thymus bei Säuglingen.) (The British Journ. of Children's Diseases, 1911, Juni.)

Watters. Streptococcus vaccines in scarlet fever prophylaxis. (Streptokokkenvakzine bei der Scharlachfieberprophylaxe.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 24. Februar 1912.)
Wachenheim (New York).
Weber. Syndromes thyro-adénoïdiens. (Méd. scol., Bd. IV, S. 310.)
G. Weber. De l'aprosexie des adénoïdiens. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 589, Méd. scol., Bd. IV, Nr. 11, S. 265.)
F. P. Weber. Remarks on orthostatic albuminuria. (British Journ. of Children's Diseases, Bd. VIII, S. 385.)
F. P. Webster. Consideration of two cases of infantile scurvy reference to differential diagnosis from infantile paralysis. (Boston Med. and Surg. Journ., Bd. CLXV, S. 15.)
Weill. La céphalée chez l'enfant. (Province méd., Bd. XXIV, S. 317.)
E. Weill. Le laryngospasme au cours de la broncho-pneumonie chez les enfants. (Rev. de méd., Bd. XXX, nov., Jubilé Lépine, S. 865.)
E. Weill et **J. Chalier.** Purpura provoqué par hypertension veineuse. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 419.)
Weill et **Gardère.** Méningite cérébro-spinale. (Lyon méd., Bd. CXVII, S. 123.)
E. Weill et **G. Mouriquand.** A propos de la mort imprévue par myocardite scarlatineuse. (Presse méd., Bd. XIX, S. 643.)
— Myocardite scarlatineuse. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 487.)
E. Weill, A. Morel und **A. Pollcard.** Description des pigments d'origine biliaire contenus dans les selles de nourrissons. Technique de leur étude. (Lyon méd., 1911, Bd. CXVII, S. 190.)
G. W. Wende and **H. de Groat.** Dermatitis vegetans in infants. (Journ. of cutan. dis., Bd. XXIX, S. 473.)
K. D. Wilkinson. Three cases of acute anterior poliomyelitis in one family. (British Med. Journ., Nr. 2651, S. 1017.)
Williams. Diphtheria. (Journ. Med. Assoc. Georgia, Januar 1912.)
E. C. Williams. A case of ataxia in a child aged three and a half years. (Bristol med.-chir. Journ., Bd. XXIX, S. 163.)
Williamson. Treatment of chorea. (Behandlung der Chorea.) (Northwest Med., November 1911.) Wachenheim (New York).
Wilson. Tuberculosis in childhood from clinical standpoint. (Tuberkulose im Kindesalter vom klinischen Standpunkt.) (New Orleans Med. and Surg., Journ. Februar 1912.)
Wachenheim (New York).
Wimmenauer. Über Tuberkulinimpfungen nach v. Pirquet bei Schulkindern. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 245.)
Winters. Metabolism in rheumatism: food factors in rheumatism: management of valvular lesions. (Amer. Journ. of Obstetr. [Depart. of Pediatrics], Bd. LXIV, S. 896.)
R. Wood. Subcutaneous emphysema associated with acute bronchitis in an infant. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2634, S. 1464.)
T. Zahn. Über zentrale Störungen der Artikulation. (Med. Korrespondenzblatt d. württemb. Landesver., Bd. LXXXI, S. 469, 485.)
M. Zaepffel. Lymphangite, adénite et adéno-phlegmon de la région mastoïdienne. (Thèse de Paris, Nr. 32.)

Chirurgie und Mißbildungen.

E. G. Abbott. Simple, rapid and complete reduction of deformity in fixed lateral curvature of the spine. (New York Med. Journ., Bd. XCIII, S. 1217.)
Acker. Tubercular peritonitis in children. (Tuberkulöse Peritonitis bei Kindern.) (Mississippi Med. Journ., Dezember 1911.)
Andrieu. Traitement du mal de Pott chez l'enfant. (Gaz. des hôp., Bd. LXXXIV, S. 1351.)

Apert. Elévation congénitale de l'omoplate, radiographie, malformations costales. (Bull. de la Soc. de péd., de Paris 1911, S. 20.)
R. Weigert (Breslau).

Ardenne. Des complications de l'adénoidectomie. (Journ. de méd. de Bordeaux, Bd. XLI, S. 598.)

Ardin-Delteil et **M. Coudray.** Premiers cas de spondylite typhique observés en France. Un cas de spondylite typhique infantile. (La Pathol. infant., Bd. VIII, S. 193.)

M. Attal. Contribution à l'étude de l'occlusion congénitale des choanes. (Thèse de Paris, Nr. 363.)

Audebert. Nouveau-né porteur de naevi multiples. (C. R. Soc. d'obstétr., gynécol. et péd., Bd. XIII, S. 275.)

Audebert et **Dieulafé.** Bec-de-lièvre complexe. Particulairités de l'accouchement. (C. R. Soc. d'obstétr., gynécol. et péd., Bd. XIII, S. 274.)

D. Augier. Traitement de l'exstrophie vésicale par l'implantation des uretères dans l'intestin. (Province méd., Bd. XXIV, S. 273.)

Axhausen. Ein Fall von kongenitalem behaartem Rachenpolypen. (Demonstration in der Berliner Hufelandischen Gesellschaft am 9. November 1911.) (Berliner klin. Wochenschr., 1911, Nr. 52.)
Kurze Beschreibung des Falles.

L. Babonneix. Déformations du type acromégalique chez un jeune homme de dix-sept ans. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 70, 22. Juni, S. 1077, 1080.)

Barbarin. De la réduction précoce des luxations congénitales de la hanche par la méthode non saglante. (Paris chir., Bd. III, S. 571.)

F. Barjon und **R. Rendu.** Dextrocardie congénitale avec inversion totale des viscères. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 395.)

J. B. Barrett, Some surgical symptoms in childhood. (Dublin Journ. of med. scienc., 3e sér., Nr. 479, S. 329.)

C. Benoit. Subluxations et luxations congénitales tardives de la hanche. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 616.)

— Le massage et la gymnastique dans les scolioses. (Journ. des prat., Bd. XXV, S. 729.)

Berny. Subluxation des genoux chez un nouveau-né. (C. R. Soc. d'obstétr. gynécol. et péd., Bd. XIII, S. 370.)

Billington. Treatment of congenital talipes in infants. (Behandlung des angeborenen Klumpfußes bei Säuglingen.) (Journ. Tennessee State Med. Assoc., Januar 1912.)
Wachenheim (New York).

M. Blondel. Sur le traitement des pieds bots difficiles de la première enfance par la section des ligaments postérieur et interne de l'articulation tibio-tarsienne. (Thèse de Lyon, Nr. 65.)

Ph. Bockenheimer. Zystischer Tumor bei Hufeisenniere, durch Operation entfernt; Heilung. (Berliner klin. Wochenschr., 1911, Nr. 36.)

M. L. Bodkin. Malformation of the anus and rectum. (Med. Times, Bd. XXXIX, S. 271.)

Bonnaire et **de Kervily.** Hernie étranglée à type fœtal chez un embryon des 10 semaines environ. (Bull. Soc. d'obstétr. de Paris, Bd. XIV, S. 425.)

R. Bonneau. Accidents provoqués par l'amputation précoce de l'extrémité libre de l'appendice au cours de l'appendicite gangréneuse. (Paris chir., Bd. III, S. 541.)

R. Botey. Moneda de cino centimos enclavada en el esofago. Extraccion con el gancho de Kirmisson modificado. (Rev. de med. et cirug. pract., Bd. XXXV, S. 134.)

— Antromastoïdite chronique; abcès extradural; thrombo-phlébite du sinus transverse. Trépanation totale. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 311.)

A. Brindeau. Les infections ombilicales du nouveau-né. (Journ. des prat., Bd. XXV, S. 677.)

R. Broc. Un cas d'invagination intestinale chez un nourrisson de sept mois. Guérison. (Bull. Soc. scienc. méd. de Tunis, Bd. IX, S. 195.)

A. Broca. Diagnostic de la luxation congénitale de la hanche. (L'Etoile méd., Bd. XVIII, S. 100.)

— Appendicite chronique chez l'enfant. Appendicite vermineuse (Rev. franç. de méd. et chir., Bd. VIII, S. 339.)

— Coxalgie hystérique. (Presse méd., Bd. XIX, S. 697.)

— Kyste hydatique du foie; réaction de Weinberg, nulle avant l'opération, positive après. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 486.)

— Kyste hydatique du foie; réaction de Weinberg, nulle avant l'opération, positive après; éosinophilie accrue après l'opération. (Soc. méd. des hôp., 1911, 19. Mai.)

— A propos de la trépanation décompressive. (Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1911, S. 377.) R. Weigert (Breslau).

W. Brodmann. Ein Beitrag zur Behandlung der Spina bifida. (Beitr. z. klin. Chir., Bd. LXXVI, S. 297.)

J. de Bruin. Mikromelie, Rachitis und Tumor abdominis. (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1912, Bd. I, S. 1023—1025.)

E. Buchmann. Zur Lehre von der fötalen Lungenatelektase und der fötalen Bronchiektase. (Frankf. Zeitschr. f. Pathol., 1911, Bd. VIII, S. 263—303.)

Burty. Gros appendice contenu dans une hernie inguinale droite chez un enfant de 2 ans. (Paris chir., Bd. III, S. 862.)

Butler. Report of brain cases. (Bericht über Gehirnfälle.) (Amer. Journ. Dis. Children, Januar 1912.)

Buxton. Surgical conditions of childhood. (Chirurgische Erkrankungen im Kindesalter.) (Virginia Med. Semimonthly, 9. Februar 1912.)

Calot. L'orthopédie indispensable aux praticiens. (Tuberculoses externes, difformités, déviations, maladies des os et des articulations.) 5e édit. (Paris, Maloine, 1033 Seiten.)

Campbell. Management of inguinal hernia in childhood. (Behandlung der Inguinalhernie im Kindesalter.) (Med. Record, 20. Januar 1912.)

C. Canestro. Entzündung der Highmorshöhle bei Neugeborenen. (Klin. u. topographisch-anatomische Studie. (Arch. f. Laryngol., Bd. XXV, S. 492.)

J. Cantacuzène. Des ganglions trachéo-bronchiques dans la scarlatine. (C. R. Soc. de biol., Bd. LXXI, S. 281.)

A. Cardarelli. Tumore del mediastino in un fanciullo. (Rif. med., Bd. XXVII, S. 777.)

C. Cassimatis. Double dacryocystite congénitale purulente et quelques considérations sur son étiologie. (Clinique ophtalmol., Bd. XVII, S. 417.)

B. B. Cates. Spina bifida. (Boston med. and Surg., Bd. CLXV, S. 13.)

Cates. Spina bifida. (Journ. Tennessee State Med. Assoc., Dezember 1911.)

Verf. berichtet über 7 operierte Fälle mit 5 Erfolgen.

C. Cattaneo. Un caso di echinococco del fegato. (Rassegna di Pediatria, Bd. VIII, 1911.)

H. Caubet. La radiographie des luxations congénitales de la hanche. (Toulouse méd., Bd. XIII, S. 223, 265.)

E. Cavard. La pronation douloureuse des enfants. (Thèse de Montpellier, Nr. 85.)

A. Challer. Indications générales du traitement de la scoliose essentielle des adolescents. (Concours méd., Bd. XXXIII, S. 613.) (Clinique infant., Bd. IX, S. 462.)

E. Chataing. Les luxations congénitales de la hanche à la clinique Tarnier. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 283.)

M. Chaton. Un cas de mégacôlon congénital (maladie de Hirschsprung). (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 559.)

E. Chiavellati. Considerazioni sopra alcune operazioni per cura radicale di spina bifida e di idroencefalocele occipitale. (Gazz. di osped., Bd. XXXII, S. 819.)

H. S. Clogg. The surgical aspects of acute abdominal disease in childhood. (British Journ. of children's Diseases, Bd. VIII, S. 405.)

Codet-Boisse. Calculs vésicaux chez un garçon de 5 ans. Taille suspubienne. Guérison. (Courr. méd., Bd. LXI, S. 429.)

— Calculs vésicaux chez un garçon de 5 ans. (Gaz. hebdom. scienc. méd. de Bordeaux, Bd. XXXII, S. 403.)

H. Collinson. The clinical aspects of acute appendicitis in children. (Practitioner, Bd. LXXXVII, S. 61.)

J. Comby. Traitement des abcès amygdaliens et rétro-pharyngiens. (Paris méd., Bd. II, S. 22.)

Cordier. La méthode du Dr. Calot (de Berck). (Ann. Policlin. centr. de Bruxelles, Bd. XI, S. 191.)

Giovanni di Cristina. Sopra un caso di erisipela del neonato trattato con siero antistreptococcico polivalente. (Über einen Fall von Erysipel beim Neugeborenen. Behandlung mit polyvalentem Antistreptokokkenserum.) (Gazz. degli ospedali e delle clin., 1911, 20. Juni.)

Critchlow. Congenital idiopathic dilatation of the colon. (Angeborene idiopathische Dilatation des Dickdarms, Hirschsprungsche Krankheit.) (Northwest Med., Februar 1912.)

Wachenheim (New York).

J. Curtillet und **P. Lombard.** Luxation traumatique de la hanche chez une petite fille de 3 ans 1/2; réduction non sanglante 80 jours après l'accident. (Rev. d'orthop. 3. Serie, Bd. II, S. 477. Bull. méd. de l'Algérie, 2. sér., Bd. XXII, S. 602.)

J. Curtillet et **P. Lombard.** Un cas de spondylite typhique. (Province méd., Bd. XXIV, S. 325.)

G. Dalencour. Un cas de lymphangio-adénoidite cliniquement grave, hématologiquement de moyenne intnsité. (Lanterne méd., Bd. XIV, S. 74.)

L. J. Dandurant. Report of a case of extreme edema of the cecum following a gangrenous appendicitis. (Med. Herald, Bd. XXX, S. 441.)

Degorce und **Monzels.** Hydrencéphalocèle opérée chez un enfant de 4 jours. (Bull. Soc. méd.-chir. de l'Indo-Chine, Bd. II, S. 588.)

P. Déhillotte. Contribution à l'étude du rein mobile chez l'enfant; ses rapports avec l'albuminurie orthostatique. (Thèse de Montpellier, Nr. 97.)

Deléarde et **C. Fontan.** Polyarthrite déformante chez une fillette de 14 ans. (L'Écho méd. du Nord, Bd. XV, S. 597.)

Demelin et **A. Mouchet.** Volumineux kyste sérieux congénital du cou opéré chez un enfant de 22 jours. (Bull. de la Soc. de péd. Paris, 1911, S. 429.) R. Weigert (Breslau).

P. Desfosses. Le traitement du torticolis congénital. (Press. méd., Bd. XIX, S. 747.)

Douriez. Cure radicale de spina bifida chez un enfant de vingt jours. (Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, Bd. XXXVII, S. 1110.)

D. Drew. Hernia in children, with special reference to the variations of the sac. (Practitioner, Bd. LXXXVII, S. 299.)

W. Dubreuilh. Sarcomatose cutanée infantile. (Ann. de dermat. et syphil., Bd. II, S. 340.)

L. Dubreuil-Chambardel. Malformation du thorax et anomalie d'origine congénitale. (Gaz. méd. du Centre, Bd. XVI, S. 253.)

J. Ducuing et **G. Rigaud.** Fracture de la base du premier métacarpien chez une fillette de 8 ans. (Toulouse méd., Bd. XIII, S. 237.)

Duhot. Luxation congénitale de la rotule à forme intermittente. (Écho méd. du Nord, Bd. XV, S. 592.)

J. Duran. La craniectomia en la microcefalia. (Cron. med.-quir. de La Habana, Bd. XXXVII, S. 662.)
Ebstein. Hypertrichosis und Spina bifida occulta. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. XLIII, S. 81.)
W. Edmond. Notes on a case of operation for ruptured meningoencecephalocele. (Lancet, Bd. CLXXXI, S. 1198.)
D. M. Eisendraht. Two cases of congenital hydronephrosis. (Journ. Amer. Med. Assoc., Bd. LVII, S. 110.)
Espenel. Abcès de fixation chez l'enfant. (Lyon méd., Bd. CXVII, S. 1095.)
Evans. Intestinal worms in examination of 122 children. (Eingeweidewürmer bei 122 Kindern.) (Southern Med. Journ., November 1911.) Beobachtung über die relative Häufigkeit dieser Parasiten.
Fage. La dacryocystite des nouveau-nés. (Arch. d'ophthalmol., Bd. XXXI, S. 650.)
G. de Faria. Parasitas intestinaes. (Brazil med., Bd. XXV, S. 446.)
V. Ferretti. Emiplegia de trauma cranico. Trepanazione. Guarigione. (Rivista Ospedialiera, 1. Juni 1911.)
Firth. Fehlen der Patella. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2658, 1535.)
Fiser. Les hernies inguinales chez l'enfant en bas-âge. (Concours méd., Bd. XXXIII, S. 703.)
D. C. L. Fitzwilliams. Congenital absence of the pectoral muscles. (Proceed. of roy. Soc. of Med., Bd. IV, S. 79.)
C. P. Fothergill. Depressed fracture in newborn child. (British Med. Journ., Nr. 2638, 22 juill., S. 163.)
Fotheringham. Primary pyelitis in infants. (Primäre Pyelitis bei Säuglingen.) (Canadian Med. Assoc. Journ., Dezember 1911.)
G. de Francisco. Contributo sull' intervento chirurgico nel cefalocele e nella spina bifida. (Il Morgagni, Bd. LIII, S. 241.)
P. Frangenheim. Ostitis fibrosa im Kindesalter. (Beitr. z. klin. Chir., Bd. LXXVI, S. 227.)
R. S. Frew. On carcinoma originating in the suprarenal medulla in children. (Quart. Journ. of Med., Bd. IV, S. 123.)
Frœlich. Un cas d'ostéite fibreuse (ostéomalacie juvénile). (Rev. méd. de l'Est, Bd. XLIII, S. 467.)
— Résultats éloignés de l'opération du spina fibida. (Rev. méd. de l'Est, Bd. XLIII, S. 466.)
— Exstrophie de la vessie chez une fillette de 12 ans. (Rév. méd. de l'Est, Bd. XLIII, S. 717.)
P. Gallerand. De la maladie bleue sans signes physiques d'auscultation. (Thèse de Montpellier, Nr. 48.)
M. Garnier. Nanisme et gigantisme. (Paris méd., Bd. II, S. 45.)
Gasne. La maladie de Madelung. (Rev. d'orthop., 3e sér., Bd. II, S. 435.)
Gaucher. L'hérédo-syphilis tertiaire du cerveau et de la moëlle épinière. (Clinique Paris, Bd. VI, S. 441.)
— Définition et éléments de diagnostic de l'hérédo-syphilis tertiaire. (Pathol. infant., Bd. VIII, S. 145.)
R. Gayraud. Le cancer dans les vingt premières années de la vie. (Montpellier méd., Bd. LIV, S. 514.)
M. Gérard. Quelques cas de calculs uréthraux. (L'Écho méd. du Nord, Bd. XV, S. 600.)
J. Gourdon. La Clinique orthopédique de la Faculté de médecine de Bordeaux. (Journ. de méd. de Bordeaux, Bd. XLI, S. 805.)
R. Graf. Über den kongenitalen Prolaps. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1911, Bd. XXXIV, S. 645.)

R. Weigert (Breslau).

David M. Greig. On congenital high scapula. (Angeborener Schulterblatthochstand.) (Edinburgh Med. Journ., 1911, März.)
J. P. C. Griffith. Duodenal ulcer in early life. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 159.)

Grossard und **Kauffmann.** Les complications de l'adénoidectomie. (Clinique prat., med.-chir., Bd. VII, S. 134.)

Gugelot. Péritonite à pneumocoques au déclin d'une pneumonie. Guérison spontanée. (Écho méd. du Nord, Bd. XV, S. 395.)

Guibé. Sur deux observations d'invagination intestinale chez le nouveau-né. (Bull. et mém. Joc. de chir. de Paris, Bd. XXXVII, S. 962.)

P. Guillaume-Louis. L'heure chirurgicale dans l'invagination intestinale aiguë chez les enfants. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 511.)

— Les déformations consécutives au spina ventosa. (Arch. méd.-chir. de prov., Bd. VI, S. 582.)

Guinon. Abscès pneumococcique d'un poumon. (Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1911, S. 294. R. Weigert (Breslau).

Guinon et **Fauquez.** Invagination intestinale à marche subaiguë chez un enfant de 5 mois 1/2. (Bull. Soc. de péd., Bd. XIII, S. 361.) — (Rev. prat. d'obstétr. e péd., Bd. XXIV, S. 305.) — (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 586.)

Gulliver. Anesthésie chirurgicale chez les enfants par la suggestion hypnotique. (Rev. de psychoth., 3e sér., Bd. XXVI, S. 21.)

J. P. Haberern. Kongenitale Divertikel der Urethra. (Zeitschr. f. Urol., Bd. V, S. 734.)

M. Hache. Les troubles de croissance du tibia après les ostéomyélites froides. (Bull. Soc. de chir. de Paris, Bd. XXXVII, S. 1074.)

G. Haguet. Les hémorragies sous-dure-mériennes spontanées chez l'enfant. (Thèse de Paris, Nr. 145, Paris, J. Rousset, 1911.)

J. Hallé et **Schreiber.** Ectasie aortique chez un enfant. (Bull.de la Soc. de péd. de Paris, 1911, S. 184.) R. Weigert (Breslau).

Hamilton. Congenital imperforate anus, with occlusion of entire colon. (Angeborener Analverschluß mit totaler Dickdarmokklusion.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 30. Dezember 1911.)
Wachenheim (New York).

N. G. Harry. Multilocular ovarian cyst in a child aged 12 1/2 years. (British Med. Journ., Nr 2650, S. 920.)

Hans Hauser. Atresia duodeni als Todesursache bei einem Neugeborenen von 7 Tagen. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1911, Bd. XXXIV, S. 678.) R. Weigert (Breslau).

P. Haushalter und **P. Hoche.** Néoplasme cérébral congénital. Epilepsie infantile avec troubles mentaux. (Paris méd., Bd. II, S. 18.)

H. F. Helmholz. Duodenal ulcer in infancy. (Trans. of the Chicago pathol. Soc., Bd. VIII, S. 204.)

G. Hendrix. Pieds bots congénitaux. (Ann. de la Policlin. de Paris, Bd. XXII, S. 184.)

Hendrix. Un cas intéressant de décollement de l'extrémité inférieure du fémur. (La Policlin., Bruxelles, Bd. XX, S. 193.)

F. Hernaman-Johnson. A case of wry-neck following infantile paralysis; treatment: result. (British med. Journ., Nr. 2647, 23. sept., S. 651.)

Héron et **A. Orrillard.** Invagination intestinale chez un enfant de 6 mois. Laparotomie 12 heures après le début des accidents. (Arch. méd.-chir. de prov., Bd. VI, S. 691.)

Higguet et **A. Fallas.** Les complications opératoires des végétations adénoïdes. (Ann. de la Policlin. de Paris, Bd. XXII, Nr. 11, S. 253.)

A. Hoffmann. Meine Behandlung der Schädelimpression des Neugeborenen. (Med. Klinik., VII, S. 1772.

E. T. Hopkins. Sequestrum of labyrinth. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIII, S. 1123.)

Howard and **Wolbach.** Congenital obliteration of the bileducts. (Arch. of intern. Med., Bd. VIII, S. 557.)

W. K. Hughes. Acquired talipes valgus. (Australian med. Journ., Bd. I, S 57.)

R Jones. An address on certain operative procedures in the paralysis of children. (Brit. Med. Journ., Nr. 2658, S. 1520.)

J. M. Jorge Agenesia dentaria de los incisivos superiores con atrofia del reborde alveolar correspondiente. (Rev. de la Soc. med. argentina, Bd. XIII, S. 482.)

H. Joseph. Über Nephrolithiasis im Säuglingsalter. (Arch. f. pathol. Anat., Bd. CCV, S. 335.)

Judet. Traitement du pied bot congénital chez l'enfant. (Quinz. thérap., Bd. XII, S. 165.)

— De la réduction précoce des luxations congénitales de la hanche par la méthode non sanglante. (Paris chir., Bd. III, S. 534.)

J. J. Kaiser. Chronic dacryocystitis in a child. (Amer. Med., Bd. XXX, S. 548.)

M. S. Kakels. Ileo-ideocolic intussusception due to adenoma of the ileum, in a child five years of age; resection of 12 inches of gangrenous intestine. (Amer. Journ. of Surg., Bd. XXV, S. 363.)

Kelley. Drainage of acute empyema in children. (Drainage des akuten Empyems bei Kindern.) (Amer. Journ. of Surg., Januar 1912.)

J. H. Kenyon. A preliminary report of a method of treatment of empyema in young children. (Med. Record., Bd. LXXX, S. 816.)

C. G. Kerley. An operation upon tonsils and adenoids. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 178.)

— Radical removal of tonsils and adenoids. (Arch. of Pediatrics, Bd. XXVIII, S 805.

E. Kirmisson. Des indications opératoires dans l'appendicite. (Clinique, Paris, Bd. VI, S. 457.)

— Ollier et son œuvre. Applications à la chirurgie infantile. (Bull. méd., Bd. XXV, S. 983.)

— Fracture de cuisse vicieusement consolidée. Quelques considérations sur les fractures chez les enfants. (Journ. des prat., Bd. XXV, S. 531.)

— L'invagination intestinale chez les enfants. (Journ. des prat., Bd. XXV, S. 619.)

— Indications opératoires dans l'appendicite. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 480.)

— La coxa vara. (Courr. méd., Bd. LXI, S. 313.)

— Traitement chirurgical de la paralysie infantile. (Concours méd., S. XXXIII, Bd. 660.)

— La pleurésie purulente chez l'enfant. (Tours méd., Bd. VII, S. 211.)

— De l'invagination intestinale chez l'enfant. (Bull. méd., Bd. XXV, S. 579.)

— Kyste dermoide de la loge parotidienne. (Clinique, Paris, Bd. VI, S. 470.)

— La grenouillette et ses diverses variétés. (Clinique, Paris, Bd. VI, S. 674.)

— Deux cas de scapulalgie. (Journ. des prat., Bd. XXV, S. 469.)

— A propos d'ostéites multiples d'un membre. (Bull. méd., Bd. XXV, S. 779.)

Kirmisson, Périer und **Potherat.** Des résultats éloignés fournis par le traitement opératoire du spina bifida. (Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, Bd. XXXVII, S. 1138.)

I. S. Koll. Polyp of urinary bladder in a thirteen months old child. (Ann. of Surg., Bd. LIV, S. 589.)

H. Th. Kollock. The results of the operation for inguinal hernia in young children. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2660, S. 1658.)

R. Kuh. Die kongenitalen Luxationen des Kniegelenkes. (Prager med. Wochenschr., Nr. 40, S. 517.)

R. Labbé. La tache bleue sacrée congénitale. (Rev. mens. de gynécol., Bd. VI, S. 376.)

Lafond. Spina bifida antérieur et scoliose d'origine congénitale. (Loire méd., Bd. XXX, S. 303.)

Lahey and **Haythorn.** Cancer of the ovary in a girl aged 11 years. (Ovarialkarzinom bei einem 11 jährigen Mädchen.) (Amer. Journ. Med. Scienc., Februar 1912.) Wachenheim (New York).

P. Lambour. Etude sur la médiastinite chronique chez l'enfant. (Thèse de Paris, 1910—1911, Nr. 477, Paris, Jouve, in-8°.)

L. Lamy. Traitement pratique du pied bot varus équin congénital irréductible chez l'enfant. Évidemment dit sous-cutané des os du tarse. (Gazz. des hôp., 1911, Nr. 53—54,)

C. de Lange. Over buikpercussie by kinderen en over pseudo-ascites. (Über Bauchperkussion bei Kindern und über Pseudoaszites.) (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1912, Bd. I, S. 1239—1254.)

Lawrence. Injuries to elbow in childhood, studied in relation to development of joint. (Ellenbogentraumen im Kindesalter und ihr Zusammenhang mit der eventuellen Gelenksentwicklung.) (Surgery, Gynecol. and Obstetr., Januar 1912.) Wachenheim (New York).

R. Leriche. A propos de la pathogénie de l'hallux valgus. (Rev. d'orthop., 3e sér., Bd. II, S. 421.)

J. de Lombès. Considérations sur le spina ventosa syphilitique. (Thèse de Toulouse, 1911, Juli.)

Longyear. Congenital mucoid multicystic tumor of the small intestine. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 776.)

A. Löwem. Freie Knochenplastik in die Unterlippe bei kongenitalem Fazialisdefekt. (Arch. f. klin. Chir., Bd. XCVI, S. 1083.)

Maillet. Quelques accidents dus à l'adénopathie trachéo-bronchique. (Montpellier méd., Bd. LIV, S. 87.)

Maire. Diagnostic et traitement de la coxalgie au début. (Pathol. infant., Bd. VIII, S. 121.)

A. B. Marfan. Ponction du péricarde par l'épigastre. (Soc. méd. des hôp., 1911, 21. Juli. Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 476.)

C. Martin du-Pau. Deux cas de fracture du crâne chez les enfants et leurs suites. (Rev. méd. Suisse rom., Bd. XXXI, S. 443.)

— Le procédé de Lorthioir pour la cure radicale des hernies chez les enfants. (Rev. méd. Suisse rom., Bd. XXXI, S. 737.)

Marx. Trois cas de phimosis chez trois frères. (Paris méd., Bd. II, Nr. 37, S. 232.)

Masuda. Hirnmißbildungen von menschlichen Föten nebst Bemerkungen über die Genese der Gehirnbrüche und der Spätbildungen an Hirn und Schädel. (Monatsschr. f. Psychiatr., Bd. XXX, S. 329.)

V. P. L. Matringhem. A propos d'un cas de cystocèle inguinale chez l'enfant. (Thèse de Lille, Nr. 3.)

C. Mattei. Encéphalocèle. Spina bifida lombaire avec paraplégie. Présentation du nouveau-né. (Marseille méd., Bd. XLVIII, S. 454.)

— Apparition d'ecchymoses ponctuées d'origine asphyxique à l'occasion d'une œsophagoscopie. (Marseille méd., Bd. XLVIII, S. 772.)

— Plaie pénétrante du crâne avec issue de substance cérébrale; guérison. Présentation de l'enfant. (Marseille méd., Bd. XLVIII, S. 485.)

— Présentation d'un enfant guéri d'une plaie pénétrante du crâne, sans symptômes. (Marseille méd., Bd. XLVIII, S. 456.)

Mauclaire. Symptômes, diagnostic et traitement des malformations congénitales de l'anus et du gros intestin. (Gaz. des hâp., 1911, Nr. 45, 20. April, S. 381, 383.)

P. Mauclaire. La tarsalgie des adolescents. (Clinique, Paris, Bd. VI, S. 438.)

— Les hernies ombilicales du nouveau-né et du nourrisson. (Journ. des sages-femmes, Bd. XXXIX, Nr. 13, S. 291.)

H. Mayet. De la réduction précoce des luxations congénitales de la hanche par la méthode non sanglante. (Paris chir., Bd. III, S. 407.)

Meignant. Invagination intestinale aiguë du bas-âge. (Anjou méd., Bd. XVIII, S. 230.)

L. Menclère. Contribution au traitement de la hanche palalytique (Ann. de chir. et d'orthop., Bd. XXIV, S. 228, 259.)
F. Menuet. Epingle avalée par un enfant de 7 mois. Deux examens radioscopiques et radiographiques pendant la traversée du tube digestif. (Ann. méd.-chir. du Centre, Bd. XI, S. 398.)
Mermod. Est-il bon de supprimer les amygdales et quel est le meilleur moyen d'y arriver? (Rev. méd. Suisse rom., Bd. XXXI, S. 777.)
Metzger. Malformation cardiaque et inversion viscérale. (Bull. Soc. d'obstétr. de Paris, Bd. XIV, S. 422.)
A. Mitchell. A note on Sprengels deformity. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2656, S. 1406.)
Mobilio. Sbocco della vena frontale nel seno longitudinale superiore in un bambino. (Giorn. d. r. Accad. di med. di Torino, Bd. LXXIV, S. 214.)
C. D. F. Molinié. Le kyste hydatique du poumon chez l'enfant. (Thèse de Bordeaux, Nr. 79.)
Moncorvo Filho. Un caso de spina bifida curada pelo metodo de Morton. (Impr. med., Bd. XIX, S. 312.)
L. Monnier. Ectopie inguinale double. Guérison par le procédé transscrotal d'Ombrédanne, Paris chir., Bd. III, S. 430.)
Monteflore. Trachéotomie pour corps étranger. (Bull. Soc. scienc. méd. de Tunis, Bd. IX, S. 194.)
C. Monti-Guarnieri. Un caso di meningite purulenta con esito in guarigione. ((Rassegna di pediatria, Bd. VIII, S. 1911.)
G. Müller. Ein Fall von angeborenem Defekt des rechten Musculus sterno-cleido-mastoideus. (Med. Klinik, Bd. VII, S. 1043.)
R. W. Murray. The treatment of cleft palate. (Lancet, Bd. CLXXXI, S. 1466.)
Mutel. Genu recurvatum. (Rev. d'orthop., Bd. XXII, S. 303.)
M. G. Mutel. Traitement du pied bot varus équin congénital chez l'enfant. (Thèse de Nancy, Nr. 15.)
G. Negroni. Nota sopra un caso di adenoma ombelicale a struttura gastrica. (Rif. med., Bd. XXVII, S. 766.)
G. Nicollon des Abbayes. Iconographie de l'exploration de la colonne vertébrale tuberculeuse chez l'enfant. (Thèse de Paris, Nr. 368.)
Nordmann et Maurin. Athérome aortique chez les jeunes sujets. (Loire méd., Bd. XXX, S. 329.)
P. Nobécourt et **Paisseau.** Un cas d'anasarque chez un nourrisson de deux mois sans lésions rénales. (Journ. de méd. de Paris, Bd. XXXI, S. 711. Gaz. méd. de Nantes, Bd. XXXIX, S. 953.)
Nové-Josserand. Indications opératoires dans la coxalgie chez l'enfant. (Paris méd., Bd. II, S. 29.)
Ollerenshaw. The causes and treatment of coxa vara. (Med. Chronicle, Bd. LV, S. 156.)
L. Ombrédanne. Rapport sur deux observations d'invagination intestinale par le Dr. P. Grisel. (Bull. de la Soc. de péd., Paris, 1911, S. 436.) R. Weigert (Breslau).
— Hypospadias pénien chez l'enfant. (Bull. et mém. Soc. de chir., Bd. XXXVII, S. 1076, 1101. Presse méd., Bd. XIX, S. 843.)
— Décollements épiphysaires traumatiques, (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 415.
— Invagination intestinale. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 330.)
— Ostéomyélite. Forme commune; forme articulaire, forme subaiguë; forme chronique. Douleurs de croissance. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 380.)
— I. Adéno-phlegmons du cou. II. Abcès rétro- et latéro-pharyngiens. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 359.)
— Les deux facteurs de la luxation congénitale de la hanche. (Clinique, Paris, Bd. VI, S. 424.)
M. Oyamada. Über Riesenkinder. (Beitr. z. Geb. u. Gynäkol., Bd. XVII, S. 93.)

Pappenheimer. Extensive irregular necrosis of the liver in an infant. (Proceed. of the New York path. Soc., Bd. XI, S. 43.)
J. P. Parkinson. Congenital dilatation of the colon. (Proceed. of Roy. Soc. of Med., Bd. IV, S. 75.)
Payet et **Plauchu.** Angiome cranien congénital. (Lyon méd., Bd. CXVII, S. 1151.)
Pelletier. Traitement sanglant précoce des fractures suscondyliennes du coude chez l'enfant. (Thèse de Paris, Nr. 430, Paris, Ollier-Henry, in-8°.)
P. de Pena. Un caso de ectopia de ano. Variedad vulvar. (Rev. med. del Uruguay, Bd. XIV, S. 1.)
M. Péraire. Hernie étranglée chez un enfant de 6 mois et demi; opération; guérison. (Paris chir., Bd. III, S. 563.)
Péraire und **Mayet.** De la réduction précoce des luxations congénitales de la hanche par la méthode non sanglante. (Paris chir., Bd. III, S. 538.)
Perrin. La vulgo-vaginite chez les petites filles. (Rev. méd. de la Suisse rom., Bd. XXXI, S. 732.)
Petit de la Villéon. Fractures rachitiques multiples chez un enfant de 2 ans 1/2. (Gaz. hebdom. scienc. méd. de Bordeaux, Bd. XXXII, S. 356.)
G. Petitjean. Pyélonéphrites chez le nourrisson (deux observations personnelles). (Bourgogne méd., Bd. XIX, S. 319.)
M. Pierre. Les ptoses abdominales en pathologie infantile. (Arch. méd.-chir. de prov., Bd. VI, S. 684.)
Pinneo. Anaesthesia in the surgery of childhood. (Die Narkose in der Chirurgie des Kindesalters.) (Arch. of Pediatrics, Januar 1912.)
P. E. Plaziat. De la coxa valga. (Thèse de Bordeaux, Nr. 98.)
P. Portela. Un caso de spina bifida. (Rev. med. cir. do Brazil., Bd. XIX, S. 187.)
G. Preiser. Coxa-vara-Bildung nach Hüftluxation und allgemeine Hypoplasie von Knochenkernen. (Zeitschr. f. orthopad. Chir., Bd. XXIX, S. 115.
L. Privat. Traitement de la scoliose par le praticien. (L'Avenir méd., Bd. IX, S. 2046.)
F. Putzu. Un caso de fistola cervicale congenita mediana. (Rif. med., Bd. XXVII, S. 790.)
Quénu. Le genou ballant dans la paralysie infantile. (Concours méd., Bd. XXXIII, S. 888.)
G. Railliet. Les vers intestinaux chez les enfants. (Arch. méd.-chir. de prov., Bd. VI, S. 567.)
— Les perforations intestinales vermineuses. (Clinique infant., Bd. IX, S. 683.)
— Des migrations des vers intestinaux chez les enfants. (Clinique infant., B. IX, S. 424.)
L. Rawes. Congenital diaphragmatic hernia associated with embryonic organs. (British med. Journ., Nr. 2650, 14 oct., S. 884.)
J. H. Ray. The surgical affections of the hip-joint in infancy and childhood. (Méd. Chronicle, Bd. LIV, S. 249.)
T. Raynal. Traitement des solutions de continuité congénitales de la voûte et du voile du palais. (Marseille méd. Bd. XLVIII, S. 408.)
P. Redard. Traitement du pied bot varus équin congénital. (Monde méd., Bd. XXI, S. 1089.)
W. Rees. Treatment of appendicitis in children. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2634, S. 1450.
R. Rendu. Dilatation kystique intravésicale de l'extrémité inférieure de l'uretère. Hydronéphrose congénitale par sténose des méats urétéraux. (Lyon méd., Bd. CXVII, S. 1317.)
A. Rendu und **L. Gravier** Arrêt du développement congénital de l'extrémité inférieure du tibia. (Rev. d'orthop., Od. XXII, S. 297.)

Reynès Un cas d'occlusion intestinale paralytique chez un nouveau-né. (Progrès méd., Nr. 40, S. 483.)

L. Ribadeau-Dumas et **Lévi-Franckel.** Ulcère perforé du duodénum révélé tardivement par une péritonite généralisée à marche rapide chez un nourrisson de 6 mois. (Bull Soc. anat. de Paris, 6e sér., Bd. XIII, S. 565.)

C. Riviere Congenital aortic stenosis (Proceed of Roy. Soc. of Med., Bd. IV, S. 85.)

Robineau. Exstrophie de la vessie (Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, Bd. XXXVII, S. 1367.)

H. L. Rocher. Double genou à ressort congénital. (Gaz. hebdom. scienc. méd. de Bordeaux, Bd. XXXII, S. 519. Courr. méd., Bd. LXI, S. 543.)

L. Rocher. Chancre extra-génital chez un enfant. (Journ. de méd. de Bordeaux, Bd. XLI, S. 729.)

H. L. Rocher. Sarcome du maxillaire supérieur gauche chez un bébé de 21 mois. (Journ de méd. de Bordeaux, Nr. 52, S. 824.)

— A propos d'un cas de hernie crural chez un enfant de 10 ans. (Gaz. hebdom. scienc. méd. de Bordeaux, Bd. XXXII, S. 373.)

— Céphalhydrocèle traumatique frontale gauche. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 343.)

F. Roe et **H. Shaw** Un cas d'atrésie congénitale du duodénum (Clinique infant., Bd IX, S. 614.)

James Rooth. The Brighton united twins. (British med. Journ., 1911, Nr. 2647 S. 653.)

W. Rosanoff. Krebs des Eierstocks bei einem 5 jährigen Mädchen. Ovariotomie. (A. d. Sophien-Kinder-Hospital in Moskau.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, Bd. XXXVII, Nr. 50, S. 2340.)
Birk.

G. Rosenow. Polyzystisches Nierenrudiment bei Fehlen des Ureters und Vas deferens, appendikulärer Schwellkörper des Penis und zahlreiche andere Mißbildungen bei einem 8 monatigen Fötus. (Arch. f. pathologische Anatomie, Bd. CCV, S. 3, 321.)

O. Roth. Einige Beobachtungen bei 2 Fällen von angeborenem Herzfehler. (Zentralbl. f. inn. Med., Bd. XXXII, S. 737.)

Jul. Rothschild. Ein Fall von Vagitus uterinus. (A. d. Provinz-Hebammen-Lehranstalt in Breslau.) (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 842.)
Kasuistischer Fall Birk (Kiel).

E. W. Roughton. A short account of fourteen consecutive successful laparotomies for acute intussusception in infants. (Clinique Journ., Bd. XXXVIII, S. 232.)

Ruotte. Hypospadias péno-scrotal; opération. Résultat éloigné. (Lyon méd., Bd. CXVII, S. 444.)

Sack. Die operative Behandlung des Mastdarmvorfalles bei Kindern. (Therap. Monatsh., 1911, S. 541.)

J. Saiget. Étude radiographique de la luxation congénitale de la hanche. (Centre méd., Bd. XVII, S. 78.)

R. Sainton. Du traitement du pied bot varus équin congénital chez le nouveau-né. (Journ. de méd. de Paris, Bd. XXXI, S. 535.)

Sarantis-Papadopoulos. Considérations sur quelques cas d'insuffisance vertébrale. (Gaz. méd. d'Orient, Bd. LVI, S. 234.)

— Le traitement de la luxation congénitale de la hanche. (Rev. med.-pharm., Bd. XXIV, S. 147.)

Savarlaud. The causes of limping in young children. (Med. Press and Circ., Bd. XCII, S. 631.)

— Phimosis et atrésie du méat aquis chez un adolescent. (Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1911, S. 409.) R. Weigert (Breslau).

— Phimosis et atrésie du méat acquis chez un adolescent. (Rev. prat. d'obster. et péd., Bd. XXIV, S. 351.)

— Coxa-vara double chez un enfant de 5 ans. (Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, Bd. XXXVII, S. 1294.)

Savariaud. Luxation congénitale de la hanche. (Journ. de méd. de Paris, Bd. XXXI, S. 569.)
— Fracture du col méconnue ou coxa-vara essentielle de l'adolescence? (Presse méd., Bd. XIX, S. 1049.)
— Le pied bot congénital et son traitement. (Journ. de méd. de Paris, Bd. XXXI, S. 607.)
— Fractures intra-utérines multiples chez un nourrisson. (Bull. de la Soc. de péd. de Paris. 1911, S. 405.)
R. Weigert (Breslau).

Savariaud et Pont. Ostéomyélitis costale. Mort par septico-pyohémie. (Bull. de la Soc. de péd. Paris, 1912, S. 71.)
R. Weigert (Breslau).
— Deux cas de pouce surnuméraire. Nécessité après l'opération de redresser le pouce an moyen d'un appareil. (Bull. de la Soc. de péd., Paris, 1912, S. 75. R. Weigert (Breslau).

V. Schmarine. De la néphrite pneumococcique chez l'enfant. (Thèse de Paris, Nr. 394, Paris, Jouve, 1911.)

M. Ségard. Traitement des angines diphtériques malignes. (Méd. prat., Bd. VII, S. 491.)

M. Segré. Sopra una rara affezione della tuberosità anteriore della tibia nell' adolescenza. (Gazz. intern. di med., Nr. 27, S. 634.)

E. Seligmann. Die Bekämpfung der Diphtherie in Schulen und geschlossenen Anstalten. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1911, Bd. CXX, S. 35.)

M. Sénéchal und **R. Engel.** Trois cas d'appendicite vermineuse. (Gaz. méd. de Paris, Bd. LXXXII, S. 233.)

Sewall. Multiple papillomata of larynx in children. (Multiple Kehlkopfpapillome bei Kindern.) (California State Journ. of Med., Januar 1912.) Wachenheim (New York).

W. Sheen, C. A. Griffiths. und **H. A. Schölberg** Two cases of sarcoma of the thymus. (Lancet, Bd. CLXXXI, S. 1253.)

H. B. Sheffield. Pediatric memoranda. Megacolon congenitum. Atresia ani et intestini recti. (Med. Record, Bd. LXXX, S. 1164.
— Malignant tumors of the kidney in children. (Amer. Journ. of Dermatol., Bd. XV, S. 255.)

E. M. Sill. Various infections and inflammations in children treated with tincture of iodine. (New York Med. Journ., Bd. XCIV, S. 1179.)

G. C. E. Simpson. On the results of the manipulative treatment of a congenital dislocation of the hip-joint. (Lancet, Bd. CLXXXI, S. 1124.)

Smith. Case of Pyelitis. (Fall von Pyelitis.) (Pediatrics, Januar 1912.) Wachenheim (New York).
— Vesical calculus in a boy aged 5 years. (Blasenstein bei einem 5 jährigen Knaben.) (Amer. Journ. Obstetr., Februar 1912.) Wachenheim (New York).

G. Steele-Perkins. The treatment of lateral curvature of the spine by exercises and position. (Clin. Journ., Bd. XXXIX, S. 145.)

C. Stiefler. Beiträge zur Foersterschen Operation. (Wiener klin. Wochenschrift, Bd. XXIV, S. 1131.)

E. Terrien. Les pyélo-cystites de l'enfance. (Journ. de méd. intern., Bg. XV, S. 207.)
— Vomissements cycliques et appendicite chez l'enfant. (Gaz. méd. de Paris, Bd. LXXXII, S. 299.)

M. Testard. De la tache bleue congénitale à pigment dermique, dite mongolique. (Thèse de Paris, Nr. 44.)

R. Teuffel. Zum Hydrops foetus universalis. (Zentralbl. f. Gynäkol., Bd. XXXV, S. 1183.)

Tillaye. Deux cas d'ostéomyélite aiguë de la branche ischio-pubienne. (Ann. méd.-chir. du Centre, Bd. XI, S. 581. Tour méd., Bd. VII, S. 221.)

A. Tréves. Spina ventosa tuberculeux du tibia. (Bull. de la Soc. de péd. Paris, 1911, S. 449.) R. Weigert (Breslau).

Tridon. Un résultat éloigné de la résection du genou chez l'enfant. (Rev. d'orthop., 3e sér., Bd. II, S. 431.)

U. Trinei Contributo allo studio radiografico delle fratture del gomito nei bambini. (Arch. di orthoped., Bd. XXVIII, Nr. 5, S. 401.)

W. Truslow. Recent developments in the care of adolescent weak back. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 878.)

A. H. Tubby. On the treatment of scoliosis in childhood. (Med. Press of Circ., n. sér., Bd. XCII, S. 492.)

T. Tuffier. Exostoses ostéogéniques très multipliées, héréditaires et familiales. (Rev. d'orthop., 1911, Bd. XXII, S. 369, 1. Juli.)

G. Variot. L'ectasie abdominale. (Journ. des prat., Bd. XXV, S. 632.)

G. Variot, Pironneau und **P. Petit.** Pseudo-hydrocéphalie asymétrique, causée par une malformation congénitale des hémisphères cérébraux, prédominante à gauche. Hypotrophie. (Clinique infant., Bd. IX, S. 417.)

V. Veau. Les incurvations rachitiques de la jambe et leur traitememt chirurgical. (Arch. de méd. des enfants, Bd. XIV, S. 759.)

Verhaeghe. Corps étrangers multiples. (Écho méd. du Nord, Bd. XV, S. 432.)

P. Vigier. Contribution à l'étude du spina bifida occulta' (Thèse de Toulouse, Nr. 915.)

H. Villard Irido-choroïdite consécutive à la gastro-entérite des jeunes enfants. (Clin. prat. méd.-chir., Bd. VII, S. 202. L'ophtalmol. provinciale, Bd. VIII, S. 89.)

J. Vitrac Luxation congénitale double de la hanche à symptômes tardifs. (Gaz. hebdom. scienc. méd. de Bordeaux, Bd. XXXII, S. 318.

J. E. P. Vuillaume. La luxation congénitale de la hanche chez l'enfant qui n'a pas encore marché. (Thèse de Nancy, Nr. 27.)

E. Weill et **Dauvergne** Sur un cas de traumatisme cérébral chez un enfant, suivi d'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien traité par des ponctions rachidiennes successives. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 539.)

Weill et **Gardère.** Ulcère du duodénum chez un enfant de un mois. Mort par hémorragie intestinale (Lyon méd., Bd. CXVII, S. 1177.)

Welch. Erysipelas in new-born infant. (Erysipel bei einem Neugeborenen. (Journ. Med. Soc. New Jersey, Februar 1912.)
Wachenheim (New York).

S. Whillis and **F. C. Pybus.** On the enucleation of tonsils with the guillotine. (British Med. Journ., 1911, Nr. 2656, 25 nov., S. 1402.)

W. H. White. On enlarged glands in the neck. (Clinical Journ., Bd. XXXIX, S. 193.)

R. Whitmann. The operative treatment of the deformity of Potts disease. (Ann. of Surg., Bd. LIV, S. 841.)

Wileos. Congenital intestinal occlusion. (Angeborener Darmverschluß.) (Journ. Med. Assoc. Georgia, November 1911.)

Worms et **Hamant.** Fracture du col fémoral chez une fillette atteinte de luxation congénitale de la hanche. (Bull. Soc. anat. de Paris, 6e sér., Bd. XIII, S. 268.)

P. Zander. Über die Spätresultate der Talusoperationen, speziel der Ogstodschen Operation, beim angeborenen Klumpfuß. (Zeitschr. f. orth. Chir., Bd. XXIX, S. 172.)

Sarcomatose cutanée infantile. (Rev. gén., Arch. de méd. des enfants, Paris 1911, Bd. XIV, Nr. 12, Dezember, S. 933.)

Kystes hydatiques du foie. (Rev. gén., Arch. de méd. des enfants, Bd. XIV, Nr. 10, Oktober, S. 774.)

Fürsorge.

Allin. The baby-tents of Chicago. (Die Säuglingszelte von Chicago.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 30. Dezember 1911.)
Beschreibung der Erfolge der Freiluftbehandlung kranker Säuglinge. Wachenheim (New York).

M. J. X. A. Aweng. La mortalité infantile dans les agglomérations ouvrières du Nord de Meurthe-et-Moselle (Bassins de Briey et Longwy). (Thèse de Nancy, Nr. 3.)

R. Behla. Die Säuglingssterblichkeit in den Provinzen, Regierungsbezirken und Kreisen des preußischen Staates 1910 und 1904. (Berliner klin. Wochenschr., 1911, Nr. 37.)

Brown. The neurotic basis of juvenile delinquency, etc. (Die Neurotische Unterlage des jugendlichen Verbrechertums.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 20. Januar 1912.)
Wachenheim (New York).

W. Bulach. Die Säuglingssterblichkeit in der Tübinger Poliklinik. (Med. Korrespondenzbl. württemb. ärztl. Landesver., Bd. LXXXI, S. 617.)

Casse. Rapport sur le mémoire de M. Lambinon intitulé: La mortalité infantile en Belgique. Mesures à prendre. Une loi nécessaire pour protéger la Ier enfance. (Bull. Acad roy de méd. de Belgique, 4e sér. Bd. XXV, S. 417.

Cassel. Die Verhütung und Bekämpfung der Infektionskrankheiten in geschlossenen Säuglingsanstalten. (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 2237.)
Vortrag, auf dem III. internationalen Kongreß für Säuglingsschutz, vgl. den Bericht darüber Birk (Kiel).

J. B. S. M. Cassel. La question du lait à Dieppe. (Thèse de Lille, Nr. 22.)

Carr. Outdoor life for city children. (Freiluftleben für Städtekinder.) (Arch. of Pediatrics, April 1912.)
Wachenheim (New York).

Chambrelent. Le congrès de Berlin pour la protection de l'enfance du premier âge. (Journ. de méd. de Bordeaux, Bd. XLI, S. 725, 741.)

— Morti-natalité à Bordeaux pendant les 30 dernières années. (Gaz. hebdom. scienc. méd. de Bordeaux, Bd. XXXII, S. 391.)

— La mortinatalité dans les grandes villes de France. (Soc. obstétr. de France, Paris, 1911, 5.—7. Oktober L'obstétr., Paris, 1911, n. sér., Bd. IV, Nr. 11, Nobemver. S. 1067.

Clétiez. Les restaurants gratuits pour mères nourrices et des cantines maternelles. (Thèse de Paris, Nr. 108.)

L. Cruveilhier. La mortalité infantile à la campagne. (Rev. philanthrop., Bd. XXX, S. 7.)

— Nécessité de l'uniformisation des statistiques concernant la mortalité de la première enfance. (Rev. d'hyg. et pol. sanit., Bd. XXXIII, S. 938.)

Davis. Preventable causes of death in early infancy. (Verhütbare Todesursachen im frühen Säuglingsalter.) (Journ. Oklahoma State Med. Assoc., Januar 1912.) Wachenheim (New York).

— Prevention of infant mortality by breast feeding. (Verhütung der Säuglingssterblichkeit durch das Stillen.) (Boston Med. and Surg. Journ., 15. Februar 1912.)
Wachenheim (New York).

A. Dehan. Oeuvre des enfants à la montagne, de la Caisse des écoles de la Ville de Lyon. (Thèse de Montpellier, Nr. 30.)

Deschamps. Dépopulation de France. Mortalité infantile. Ignorance et misère. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 344.)

Dubé. Les Gouttes de lait paroissiales. Un beau geste; un mal à combattre. (L'Union méd. du Canada, Bd. XL, S. 692.)

Eaton. Milk and its relation to public health. (Das Verhältnis der Milch zur allgemeinen Gesundheit.) (Penn. Med. Journ., Dezember 1911.)
Wachenheim (New York).

G. Fischer. L'hygiène du lait ou la traite aseptique. (Presse méd., Bd. XIX, S. 892.)

Florentin. Les oeuvres de protection de l'enfanc en Loraine. (Rev. méd. de l'Est., Bd. XLIIII, S. 395, 577.)

T. Hoffa. Säuglingsfürsorge in Barmen. (Zentralbl. f. allg. Gesundheitspflege, Bd. XXX, S. 395.)

L. Huré. Une consultation de nourrissons dans un collège de jeunes filles. (Rev. phil., Bd. XXIX, S. 271.)

Jarricot. Sur le rôle éducatif des Consultations de nourrissons et l'enseignement de la puériculture. (Pédiatrie prat., Bd. IX, S. 469.)

A. Kaminzer. Essai sur la puériculture dans l'antiquité gréco-romaine. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 358.)

Koplik. The education of the physic ian and postgraduate study in the hygiene and diseases of the nursing infant. (Unterricht in der Hygiene und Heilkunde des Säuglings.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 13. Januar 1912.)
Wachenheim (New York).

Lavialle. L'industrie laitière en Suède. (Clinique infant., Bd. IX, S. 707, Bd. X, S. 7.)

— Les „Gouttes de lait" de Stockholm. (Clinique infant., Bd. IX, S. 580.)

P. Leblanc. Contribution à l'étude de la puériculture intra-utérine. (Thèse de Lille ,Nr. 29.)

Lederle. Sanitary control of New York's milk supply. (Kontrolle der Milchversorgung in New York.) (Penn. Med. Journ., Dezember 1911.)
Verf. ist der gegenwärtige Vorstand des New Yorker Gesundheitsamtes. Wachenheim (New York).

P. Lereboullet. Les Enfants-trouvés et l'hospice des Enfants-Assistés. (Paris méd., Nr. 1, Bd. V—XVII.)

A. Lévy. De la mortalité des enfants illégitimes. (Rev. philanth., Bd. Bd. XXIX, S. 304.)

P. Londe. Les deux grandes causes de mortalité chez les nouveau-nés. (Journ. des prat., Bd. XXV, S. 566.)

Macqueron. Une œuvre privée: La Maison de l'Enfance à Rouen. (Rev. méd.-soc., Bd. II, S. 7, 211.)

R. Marois Les consultations de nourrissons dans l'Yonne en 1910. (Rev. philanth., Bd. XXIX, S. 294.)

H. Martel. Le vélage et la production du lait en hiver. (Hyg. de la viande et du lait, Bd. V, S. 561.

Ed. Martin, Eug. Revilliod, H. Audeoud et **Ch. Martin du Pan.** Maison pour les enfants malades. (Brochure, Genève, 1911.)

L. F. Meyer. Die Morbidität und Mortalität der Säuglinge im Sommer 1911. (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 2090.)
Vortrag in der Gesellschaft für Kinderheilkunde auf der Naturforscherversammlung in Karlsruhe. Vgl. den Bericht derselben.
Birk (Kiel).

Moequot. La consultation de nourrissons d'Appoigny. (Rev. de puériculture, Bd. VII, S. 182.)

Morrow. Venereal diseases and their relation to infant mortality. (Das Verhältnis der venerischen Krankheiten zur Säuglingssterblichkeit.) (New York Med. Journ., 30. Dezember 1911.)
Wachenheim (New York).

Mc. Murtrie. Providing for crippled child. (Fürsorge für verkrüppelte Kinder.) (Lancet-Clinic, 9. Dezember 1911.)
Wachenheim (New York).

Mc. Murtrie. Social and moral considerations related to the medical and surgical care of crippled children. (Die ärztliche und chirurgische Fürsorge für verkrüppelte Kinder.) (New York Med. Journ., 30. Dezember 1911.)
Wachenheim (New York).

Neustädter. Etiologic factors in exceptional children and their prevention. (Ätiologie und Prophylaxe der Minderwertigkeit bei Kindern.) (Amer. Journ. Obstetr., Januar 1912.)
Wachenheim (New York).

Neelen. Progressive methods of dealing with juvenile delinquency. (Moderne Behandlung jugendlicher Verbrecher.) (Amer. Journ. Obstetr., Januar 1912.) Wachenheim (New York).

D'Oelsnitz. La protection de l'enfance en Allemagne. Impressions du Congrès des „Gouttes de Lait" à Berlin (sept. 1911). (Bull. Soc. de méd. et climat. de Nice, Bd. XXXIV, S. 282.)

v. Pirquet. Die neue Kinderklinik als Heil-, Lehr- und Forschungsinstitut. (Wiener med Wochenschr., 1911, S. 2997.)
Antrittsvorlesung, in der das Arbeitsprogramm der neuen Klinik dargelegt wird. Lehndorff (Wien).

Pisek. The influence of milkstation work on the reduction of infant mortality. (Amer. Journ. of Obstetr., Bd. LXIV, S. 886, 1065.)

J. Rebaudet. La réglementation du lait à New York. (Thèse de Lyon, Nr. 94.)

Rietschel. Die Sommersterblichkeit der Säuglinge, ein Wohnungsproblem. (Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1840.)
Vortrag im Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin (Juli 1911). Vgl. Vereinsberichte. Birk (Kiel).

C. Roberson. The reduction of infants mortality. (Pediatrics, Bd. XXIII, S. 532.)

Gaston Simaeourbe. La question du lait propre dans les grandes villes. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 270.)

Smart. The duty of the community to its backward and defective children. (Die Pflicht der Gemeinde gegenüber defekten Kindern.) (Arch. of Pediatrics, April 1912.)
Wachenheim (New York).

C. Souquet. Mortalité infantile de la première année à Toulouse de 1900 à 1910. (Thèse de Toulouse, 1911, Februar, Nr. 939.)

T. S. Southworth. The institutional care of young infants. (Journ. Amer. Med. Assoc., Bd. LVII, S. 1443.)

H. A. J. Vendiesse. Les colonies de vacances dans la région du nord de la France. (Thèse de Lille, Nr. 11.)

E. Vinck. Les droits de l'enfant au point de vue légal. (Revue psychol., Bd. IV, fasc. 2, S. 169.)

P Wagner. Les colonies scoliares de vacances en Lorraine. (Thèse de Nancy, Nr. 22.)

D. Walsh. The training of the indian child in health matters as part of general education. (Med. Press et Circ., n. sér., Bd. XCII, S. 90.)

E. Wardmann-Wilbourne. Infantile mortality and the employment of women. (Med. Press, n. sér., Bd. XCII, S. 519.)

Whitaker. Milk supply of Chicago. (Milchversorgung von Chicago.) (Chicago Med. Recorder, 15. Oktober 1911.)
Wachenheim (New York).

Internationaler Kinderheilkundekongreß in Paris.

Die am 28. Juli 1910 in Paris begründete „Internationale Gesellschaft für Kinderheilkunde" lädt ein zum I. internationalen Kongreß in Paris vom 7. bis 10. Oktober 1912.

Als Hauptthemata sind festgesetzt: „Die Anämien im Kindesalter" und „Die akuten Poliomyelitiden im Kindesalter".

Zu offiziellen Referenten sind Czerny (Straßburg) und Eduard Müller (Marburg) für Deutschland, Tixier für Frankreich, Jemma für Italien ernannt, neben zahlreichen Vortragenden aus Amerika, Belgien, England, Holland, Österreich-Ungarn, Rußland, Spanien usw.

Lebhafteste Beteiligung der deutschen Kinderärzte wird sehr gewünscht.

Anmeldungen von Vorträgen, die bis zum 1. Oktober im Manuskript einzureichen sind, werden bis 31. August erbeten an: Dr. Barbier, Paris, rue de Monceau 5, der jede Auskunft erteilt.

Die französischen Bahnen werden den Kongreßteilnehmern voraussichtlich 50% Preisermäßigung gewähren.

Nähere Mitteilung erfolgt demnächst an dieser Stelle.

Inhalt.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene. **Reifferscheid.** *Fötale Muskelbewegungen 209.* — **Tschernyscheff.** *Längenmessung 209.* — **Kakuschkin.** *Topographie des Nabels 209.* — **Thomas.** *Veränderungen der Nebennieren 210.* — **Nobécourt** und **Paisseau.** *Digitalin und Theobromin 210.* — **Ernährung und Stoffwechsel.** **Heim** und **John.** *Kaseinangereicherte Kuhmilch 210.* — **Gartje.** *Fleischnahrung 213.* — **Troitzky.** *Magendarmerkrankungen 213.* — **Sehkarin.** *Ernährungstherapie 213.* — **Salge.** *Alimentäre Intoxikation 214.* — **v. Reuß. Heller.** *Fieber beim Neugeborenen 214.* — **Breitmann.** *Emulsion 214.* — **Medowikoff.** *Kuhwarme Milch 214.* — **Salge.** *Salzsäure im Magen 216.* — **Schulz.** *Verdauungslipämie 215.* — **Niemann.** *Stoffwechsel bei Verschluß der Gallenwege 215.* — **Hartelust.** *Diabetes mellitus 215.* — **Umber.** *Phosphaturie 216.* — **Lipschütz.** *Phosphor 217.* — **Mc. Lean.** *Eisengehalt der Ziegenmilch 217.* — **Edelstein** und **v. Czon-**

ka. *Eisengehalt der Kuhmilch 217.* — **Abelmann.** *Rolle der Mineralsalze 217.* — **Klinik der Kinderkrankheiten. Imervol.** *Perikarditis 218.* — **Comby.** *Pneumonie 218.* — **Comby.** *Pleuritis 218.* — **Michalowitsch.** *Ortholische Albuminurie 218.* — **Ostrowsky.** *Rachitis 219.* — **Schor.** *Chondrodystrophie 219.* — **Sokolow.** *Drüsenerkrankungen 219.* — **Unger.** *Status thymico-lymphaticus 220.* — **de Biehler.** *Infantilismus 220.* — **Comby.** *Lingua scrotalis 220.* — **Jourdanet.** *Livedo annularis 221.* — **Schneisser. Fränkel** *221.* **Ginder** *Syphilis 223.* — **Janowsky.** *Tuberkulose 223.* — **Georgiewsky.** *Hausinfektionen 223.* — **Moltschanow.** *Pirquetsche Reaktion bei Infektionskrankheiten 223.* — **Arssenjewa.** *Urobilinurie bei Scharlach und Masern 223.* — **Barannikow. Dychno. Rumjanzeff.** *Scharlach 224.* — **Barannikow.** *Masern 224.* — **Russow.** *Typhus 224.* — **Motschan.** *Gonokokkenvulvovaginitis. 225.* — **Piwowaroff.** *Pneumokokkeninfektion 225.* — **Poletajeff.** *Parotitis epidemica 225.* — **Sarembskaja.** *Meningitis 225.* — **Thomas.** *Myxödem 226.* — **Pussep.** *Hydrocephalus 226.* — **Popoff.** *Chorea 226.* — **Stöltzner.** *Krämpfe 226.* — **Moro.** *Bedingte Reflexe 226.* — **Schick.** *Familiäre spinale Muskeldystrophie 227.* — **Haushalter.** *Dementia praecox 227.* — **Filippoff.** *Chirurgie 227.* — **Comby.** *Darminvagination 228.* — **Roman.** *Tumoren des Knochensystems 228.* — **Francais.** *Osteomyelitis 228.* — **Fürsorge. Balestre** und **d'Oelsnitz.** *Goutte de lait in Nizza 229.* — **Besprechungen. Hansen.** *Säuglingssterblichkeit in Schleswig-Holstein 229.* — **Schmidt** und **Schröder.** *Orthopädisches Schullurnen 229.* — **Seguin.** *Idiotie 230.* — **Hirschstein.** *Säurerelention als Krankheitsursache 230.* — **Kellner.** *Die Hamburger Idioten- und Epileptikeranstalt in Alsterdorf 230.* — **Ergänzende Literaturübersicht I.** *231.* — **Internationaler Kinderheilkundekongreß.** *277.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin W. 50., Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Straßburg | **Göppert** Göttingen | **Knöpfelmacher** Wien | **Moro** Heidelberg | **Thiemich** Magdeburg | **Tobler** Breslau

Berend Budapest | **Comba** Florenz | **Johannessen** Kristiania | **Koplik** New-York | **Marfan** Paris | **Thomson** Edinburg | **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XI. **Referate.** **Nr. 5.**

Sammelreferat über Arbeiten aus der rhinologischen Literatur.

I. Rhino-laryngologische Literatur.

1. Lautmann. Zur Anästhesie bei der Adenotomie. Zeitschr. f. Laryngol., usw. 1911, S. 357.
2. A. Mori. l'Infezione difterica nei lattanti. Il Morgagni 1910. Ref., Zeitschr. f. Laryngol. usw., 1911, S. 395.
3. Burak. De la restauration des affaisements du nez chez les enfants par la paraffine plastic. Ref., Ibidem, S. 397.
4. Lake. Chlorkalzium bei Rhinorrhöe. Brit. med. Journ., 9. Juli 1910.
5. Blochmann. Zur Diagnose der larvierten Diphtherie im jüngeren Kindesalter. Berliner klin. Wochenschr., 1911, Nr. 38.
6. Bialik. Sortikollis als Komplikation nach Adenotomie. Zeitschr. f. Laryngol., 1911, S. 537.
7. Morosoff. Diphtherie bei Neugeborenen und Säuglingen. Ibidem, S. 537.
8. Rudolf Hoffmann. Anaphylaxie und interne Sekretion. Berliner klin. Wochenschr., 1910.
9. Nadoleczny. Zu vorstehendem Vortrag. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 104.
10. E. Baumgarten. Sehstörungen, durch Affektionen der Nase bedingt. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 633.
11. Burack. Zur Kasuistik der Komplikationen nach Adeno- und Tonsillotomien. Zeitschr. f. Laryngol. usw., 1911 S. 477.
12. Rolleston. Bösartige Diphtherie mit multiplen Erkrankungen bei einem Kinde. Lancet, 24. September 1910, siehe Zeitschr. f. Laryngol. usw., 1911, S. 327.
13. Menzel. Akute Stirnhöhleneiterung. Monatsschr. f. Ohrenheilk., S. 649.
14. Marique. Die Pathogenie des kongenitalen Kehlkopfstridors. Ref., Zeitschr. f. Laryngol., 1911, S. 543.

15. K. Preleitner. Demonstration einer Ösophagusstriktur nach Scharlach. Wiener klin. Wochenschr. usw., 1910.

17. Citelli, Intubation und Tracheotomie bei akuten Larynxstenosen der Kinder. Zeitschr. f. Laryngol., 1911, S. 237.

18. Gottlieb Kiär, Klein. Gramstrup. Mygind Schmiegelow. Narkose bei Adenotomie. Sitzung der dänischen Otolaryngol. Gesellsch. Zeitschr. f. Ohrenheilk., LXII, S. 413, Monatsschr. f. Ohrenheilk., S. 344.

19. Nörregaard. Beiträge zur Statistik der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten bei Schulkindern. Ibidem, S. 410.

20. Grossard und Kauffmann. Die Komplikationen der Adenektomie. Zeitschr. f. Odrenheilk., LXIII, S. 399.

21. Costiniu. Le résultat du Procédé employé en Roumanie por combattere les végétations adénoides etc. Ibidem, LXIII, S. 362.

22. The nose and nasopharynx in infants and young children. Myasoll (Laryngoscope, XIX, Nr. 12, p. 844—903.) Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 112.

23. M. Menier. Über akute retropharyngeale Abszesse bei Kindern. Zeitschr. f. Laryngol. u. Rhinol., 1911, S. 34.

24. H. Abouka. Fausses affections pulmonaires d'origine buccnaso-pharyngiène. Ann. d. mal. del'oreille, 1911, Nr. 2. Ref. von Lautmann. Zeitschr. f. Laryngol., 1911, S. 57.

25. Deshayes. Notes cliniques sur la pyohémie à streptocoques. Ref., ebenda, S. 62.

26. Citelli. Ipofisi laringea nei bambini usw. Ibidem, S. 68, S. 531.

27. Griffiths and D. F. Ridell. Two cases of rupturs of the vessels of the Neck into the pharynx in scarlet fever. Glasgow méd. Journ., LXXIIIII Nr. 1, S. 23—27 und Monatsschr. f. Kinderheilk., 1911, S. 118.

28. Sokoloff. Ein Fall von letaler Blutung bei retropharyngealem Abszeß. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 333.

29. Reiche. Pharyngitis exsudativa ulcerosa meningococcica. Berliner klin. Wochenschr., 1909, Nr. 29.

30. Marleod Yearsley. Eine Untersuchung über die Häufigkeit von Adenoiden in drei London-Country Elementarschulen. Brit. Journ. of Childrens Diseasis Feb. March, 1910. Ref., Zeitschr. f. Laryngol., 1911, S. 14.

31. Karl Kofler. Unsere Erfahrungen mit der Tonsilloektomie. (Radikaloperation der Tonsille.) Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 321.

32. Tanturri, Il tessuto i pofisario del farings o le vegetazioni adenoide hanno valori nel asura riflessa. Ref., Zeitschr. f. Laryngol., 1911, S. 70.

33. — Retropharyngealer Abszeß nach Otitis externa bei einem Kinde. Ibidem, S. 70.

34. Basany. Demonstration eines Patienten mit vom Ohr aus operierten Retropharyngealabszeß. Wiener klin. Wochenschr., 1910, Nr. 10.

35. M. Küll. Ein Fall von Kiemengangseiterung. Med. Klin., 1910, Nr. 15. Zeitschr. f. Laryngol., 1911, S. 73.

36. H. Schols. Diphtheritis in ihrem Verlauf ein Corpus alienum im Hauptbronchus vortäuschend. Ibidem, S. 77.

37. M. Großmann. Experimentelle Beiträge zur Lehre vom nasalen Asthma. Wiener med. Wochenschr., 1910, Nr. 3—5.

38. Halle. Demonstration. Zeitschr. f. Laryngol. usw., 1911, S. 93.

39. Eustace Smith. Eine wenig bekannte Folge von adenoiden Wucherungen. Ref., Ibidem, S. 148.

40. Arthur Meyer. Über nasale Fortsätze hypertrophischer Rachenmandeln. Ibidem, S. 251.

41. Dunbar Roy. Klinische Beobachtungen bei Nasendiphtherie. Ibidem, S. 323.

42. Beck Joseph. Indikation der Tonsillektomie. Ibidem, S. 327.

43. Päßler, Wiesbadener Kongreß, 1911, 327.
44. Mc. Coy John. Zwei Fälle von Stirnlappenabszeß nach Siebbeinzellen und Stirnhöhleneiterung. Zeitschr. f. Laryngol., 1911, S. 55.
45. W. Uffenrode. Komplizierte Fälle von Nasennebenhöhlenerkrankung. Zeitschr. f. Laryngol., 1911, S. 597.
46. — Wissenschaftl. rhinolaryngol. Jahresbericht 1909—1911. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 1345, 1302, 1315, 1318.
47. R. Imhofer. Rezidive nach Adenotomie. Ibidem, S. 713.
48. v. Stein. Ein Fall von sehr verlangsamter Atmung infolge eines Nasenleidens. Ibidem, S. 725.
49. Korybal-Daszkiewicz. Fall von Nasendiphtherie bei einem Kinde mit ungewöhnlichem Verlaufe. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 1258.
50. Ruprecht. Haben sich in der Laryngologie die Ersatzmittel des Kokains bewährt? Ibidem, S. 144.
51. — S. 1328.
52. Greenfield-Sluder. Tonsillektomie mittels einer Guillotine. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 903.
53. E. Pick, Über Sklerom. Ibidem, S. 924.
54. Clavué. Die gebrannte Magnesia in der Behandlung der diffusen Papillome des kindlichen Kehlkopfes. Ibidem, S. 935.
55. Spira. Otorhinologische Kasuistik. Ibidem, S. 795.
56. Guisez. Lateropharyngealer Abszeß otogenen Ursprungs. Ibidem, S. 852.
57. Sieur und Rouvillois. Die chirurgische Behandlung der Stirnhöhleneiterungen. Ibidem, S. 853. Vgl. Zeitschr. f. Ohrenheilk., LXIII, S. 401.
58. Sack. Über die konservative Behandlung der subakuten und chronischen Nebenhöhleneiterungen. Ibidem, S. 387.
59. J. Adam. Glasgow med. Journ. July 1909, S. 19. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 112.
60. A. Onodi. Über die intrakraniellen und zerebralen Komplikationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen. Zeitschr. f. Laryngol. u. Rhinol., 1911, S. 23.
61. A. de Kleyn. Het verband tusschen gezichtszemer en neuslyden. Nederl. Tydschr. voor Geneeskunde, 1910, S. 928. Ref., Zeitschr. f. Laryngol. usw., 1911, S. 84.
62. Lublinski. Die lokale Mentholanwendung und ihre Gefahr im frühen Kindesalter. Berliner klin. Wochenschr., 1911, S. 261, samt Mayer: Le journal méd. francaise 1911. Triboulet: Journal de méd. et de chir. prat., 1911.
63. Safranek. Der gegenwärtige Stand der Inhalationstherapie. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 1081.
64. H. Harke. Die Röntgenuntersuchung der Nasennebenhöhlen der Kinder. Aug. Hirschwald, Berlin 1910.
65. H. Abouka. Über kongenitale Atresie der Choanen. Monatsschrift f. Ohrenheilk., 1911, S. 404.
66. Schneider. Prophylaxie de la méningale cérébrospinale epidémiques. Journ. de Médicine de Paris, 19. März 1910.
67. Brown Kelly. Angeborene Insuffizienz des Gaumens. Nach Ref., Zeitschr. f. Laryngol. usw., 1911, S. 417.
68. O. Frese. Über eine eigenartige Erkrankung der Mund- und Rachenschleimhaut. Zeitschr. f. Laryngol. usw., 1911, S. 454.
69. Alfred Zimmermann. Bei Laryngitis subchordalis acuta. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXIII, S. 99.
70. Killian. Zur Lehre von den nasalen Reflexneurosen. Deutsche med. Wochenschr., 1910, S. 188.
71. Blos. Erfolge der operativen Heufieberbehandlung durch Resektion des Nerv. ethmoid. ant. Deutsche med. Wochenschr., 1910, S. 2297.

72. Kretzschmer. Beitrag zur Bekämpfung der Bazillenpersistenz bei Diphtherierekonvaleszenten. Med. Klinik, 1910, Nr. 3.
73. Otto Piffl. Über nasale Reflexneurosen. Med. Klinik, 1910, Nr. 35.
74. Réthir. Zur Frage der Tonsillektomie. Wiener klin. Wochenschr., 1910, Nr. 28.
75. Turzer. Über die Radikaloperation der Tonsille. Wiener klin. Wochenschr., 1910, Nr. 27.
76. Blegvad. Tonsillektomie. Arch. f. Laryngol., XXIV, H. 1.
77. Oppikofer. Geschwüre in Kehlkopf, Luft- und Speiseröhre bei Scharlach. Verh. d. Vereins deutscher Laryngol. Zeitschr. f. Ohrenheilk., S. 287.
78. Manasse. Kieferhöhleneiterung bei 8jährigen Kindern. Ibidem, S. 298.
79. Van den Wildenberg. Les sinusites frontales et leur complication chez les enfants. Ibidem, S. 366.
80. Ephraim. Ungiftige Schleimhautanästhesie. Ibidem, S. 1033.

Nase und Nasenrachenraum.

Von anatomischen Arbeiten würde uns am meisten diejenige von Myersoll (22) interessieren, der sich mit dem Bau der Nase und des Nasopharynx bei Neugeborenen und kleinen Kindern beschäftigt. Leider ist die Arbeit mir nur im Referat zugänglich. Wichtig sind die Angaben über den Stand des harten Gaumens bei der Geburt (Höhe der Synchondrosis sphenooccipetalis) und des weichen Gaumens in der Höhe des Atlasses. Der daraus schon hervorgehende horizontale Verlauf des Gaumensegels führt nämlich nach meinen Untersuchungen dazu, daß beim jungen Säugling die dritte Mandel über dem Ansatze des weichen Gaumens liegt und der Nasopharynx in einem sehr stumpfen Winkel sich gegen die Nase absetzt. Instrumente, die daher in den Nasopharynx eindringen wollen, müssen in diesem Alter stark nach hinten konvex gekrümmt sein. Die Gestalt der Choanen wird im Laufe der Zeit erst durch stärkeres Wachstum im Höhendurchmesser zu der bekannten birnförmigen. Referent möchte hervorheben, daß sie zu Anfang geradezu einen Kanal darstellt, der außerdem noch bei schwerem Schnupfen durch die sehr blutreiche Schleimhaut zwischen Rachenmandel und Choane außerordentlich leicht zuschwellen kann; so daß nach meiner Ansicht an dieser Stelle die bekannte chronische Nasenverstopfung des Säuglings zustande kommt. Nach Ansicht Myersolls kann hypertrophisches adenoides Gewebe angeboren sein, wogegen Czerny in dieser Monatsschrift bekanntlich Protest erhoben hat.

Die schönen Untersuchungen von Haike (64) über die Entwicklung der Nasennebenhöhlen im Kindesalter sind inzwischen in Buchform erschienen. Wie schon früher erwähnt, bilden dieselben sich viel frühzeitiger aus, als man im allgemeinen annimmt, und so ist die Möglichkeit der Entwicklung von Stirn- und Siebbeinerkrankungen im 5. bis 6. Lebensjahr etwa in 50% der Fälle anatomisch gegeben. Besondere Aufmerksamkeit wurde von Tanturri (32) und Citelli (26) dem Vorkommen eines im Rachen gelegenen Teils der Hypophysis gewidmet. Es handelt sich um ein

außerordentlich kleines Gebilde, das mit einem Fortsatze im Gebiet der Nasenrachenmandel liegt und daher auch bei der Entfernung derselben teilweise mit entfernt wird. Die Gefäßanastomosen, die zwischen diesem Teil des Rachendaches und der Basis des Gehirns bestehen, sowie die Tatsache des Vorkommens eines hypophysisähnlich gebauten Partikelchens ergeben begreiflicherweise neue Spekulationen für die Entstehung der Aprosexia nasalis. Als Störung der Hypophysisfunktion wird Schlafsucht angenommen.

Die Lehre von den Reflexen, die von der Nase ausgehen, ist durch die schönen Arbeiten Großmanns (37) experimentell begründet worden. Bei Reizung des hinteren, vom zweiten Trigeminusaste innervierten Teiles der Nase findet er beim kurarisierten Tiere einen Reflex auf die Atmung, den er durch Kokainisieren verhindern kann. Es tritt eine Größenzunahme und Starre der Lunge ein durch beträchtliche Stauung im Blutkreislauf und dadurch zugleich Vergrößerung der Lungenkapazität. Es wird also nicht etwa durch Krampf der Bronchialmuskulatur, wie wir uns das gewöhnlich beim Asthma vorstellen, die Exspiration erschwert und dadurch die Aufblähung der Lunge erreicht. Beim Menschen versucht Killian (70) die Lehre von der Hyperästhesie und den Reflexneurosen auf eine festere Basis zu stellen. Zunächst schafft er sich ein Untersuchungsinstrument, ein Baumwollfaden (Marke Brork, Nr. 100), der, in eine feine Sonde eingeklemmt, dieselbe um 7 mm überragt. Hiermit führt er Striche von 3 mm Länge aus. Beim Gesunden erzeugt dieser Strich nur ein Kitzelgefühl, kein Niesen, keine Hyperämie. Bei Überempfindlichkeit sind diese Erscheinungen sofort nachweisbar und er gelangt hierdurch zur Feststellung von besonders empfindlichen Punkten, von denen er künstlich die Erscheinungen der Hyperästhesie, ja, in vereinzelten Fällen auch einmal Asthma auslösen kann. Hierdurch gewinnt er Anhaltspunkte zu therapeutischen Eingriffen, die weniger ausgedehnt ausfallen dürften als die schematisch vorgenommenen, ausgedehnten orthopädischen Operationen der Nase, wie sie beim Asthma üblich geworden sind. Interessant ist auch seine Einteilung der von der Nase ausgehenden Reflexe in solche, die von dem Ethmoidalis (vordere Teil der Nase) Sphenoialis (hinterer Teil der Nase) und Olfaktorius ausgehen. Am präzisesten sind die Angaben über die Reizerscheinungen des ersteren Nerven (Rötung der äußeren Nasenhaut, Jucken im innern Augenwinkel, Rötung der Bindehaut und Schmerzen im Gebiet des Nervus frontalis, als Pernwirkung Niesen und Asthma). Bei Reizerscheinungen des Sphenoidalgebietes werden außer Rötung der Wangenhaut Kitzelgefühl im Pharynx, Nasenhusten und ebenfalls Asthma gefunden. Die verschiedenen Erscheinungen werden an der Hand der Nervenanatomie näher erörtert. Das Gebiet der Olfaktoriusneurosen bleibt noch wenig umschrieben. Aus der Arbeit von Piffl (73) sei nur die merkwürdige Erscheinung halbseitigen Schwitzens an der Stirn bei halbseitiger erworbener oder angeborener Nasenatresie als Ergänzung hierzu erwähnt. Die operative Entfernung des Hindernisses beseitigt dieses Schwitzen nicht. Die Überempfindlichkeit der Nase wird durch fortgesetzte Schädlichkeiten erworben

und bleibt wahrscheinlich während des ganzen Lebens bestehen, sie ist nach Killian nicht der Ausdruck einer allgemeinen Nervosität. Nur auf der Basis dieser Hyperästhesie entwickelt sich die Reflexneurose. Als bekannt kann an dieser Stelle kurz erwähnt werden, daß die Lehre vom Zusammenhang zwischen Nase und Genitale nach der Rießschen Theorie sich weiterhin vieler Freunde erfreut. Wenn die Bedeutung unbewußter sexueller Vorgänge im Kindesalter im Freudschen Sinne weiter überschätzt wird, werden wir wohl auch binnen kurzem von der Anwendung der Rießschen Lehre auf das Kindesalter lesen.

In sehr unangenehmer Weise lernen wir die Reflexfähigkeit der Nase bei Anwendung von Menthol und Mentholpräparaten (Coryfin) kennen. Lublinski, Mayer und Triboulet (62) und andere haben plötzliche Todesfälle oder schwere Erstickungsanfälle bei Einträufelung von Mentholöl oder Mentholparaffin und Coryfin in den üblichen Dosen bei Kindern unter 2 Jahren erlebt. Das Ereignis ist auch bei Kindern beobachtet worden, bei denen von Spasmophilie keine Rede sein konnte. In Frankreich scheint die Gefährlichkeit dieser Präparate längst bekannt zu sein, während wir in Deutschland keine Ahnung davon haben, so daß diese Warnung sehr zur rechten Zeit kommt.

Die Lehre von der Ethmoidalneurose hat ja bekanntlich schon zur Resektion des Nervus ethmoidalis bei Heufieber geführt und die Fälle Blos (71) sind auch weiterhin nach der Operation gesund geblieben. Die vielfach geübten intranasalen Operationen hält Hoffmann (8) ebenso wie Nadoleczny (9) für überflüssig, ja, die Laryngologie diskreditierend. Beide empfehlen weiter Hydrastin und Ergatin und Staubinde, Hoffmann noch Röntgenbestrahlung der Schilddrüse bei Heufieber. Chosrojew wies an den Fällen von Hoffmann mäßige Leukocythose (10 bis 15.000), 6 bis 20% Eosinophilie nach. Die Vermehrung der Lymphocyten (2200 bis 4800) möchte er nicht auf eine übermäßige Tätigkeit der Schilddrüse, sondern auf das jugendliche Alter der Patienten zurückführen (13 bis 25 Jahre). Der jüngste Heufieberpatient Nadolecznys war 5 Jahre alt.

Aus der allgemeinen Therapie der Erkrankungen der oberen Luftwege ist zunächst die Arbeit von Safranek (63) über den gegenwärtigen Stand der Inhalationstherapie hervorzuheben. Interessant sind die Versuche, die Verf. an Tier und Mensch anstellte, um nachzuweisen, wieweit inhalierte Stoffe therapeutisch in die Luftäste hineinzubringen sind. Bei nach hinten gelegtem Kopfe und geöffnetem Munde dringen fein verstäubte flüssige Medikamente sicher, wenn auch spärlich, bis zu den Bronchien zweiter Ordnung und wohl auch weiter ein. Die normale Schleimhaut wird nur sehr unbedeutend benetzt, mehr jedoch jede Schleimauflagerung. Die Frage der Tiefenwirkung inhalierter Medikamente ist daher, leider jedoch nur unter den angegebenen Bedingungen, positiv entschieden.

Ruprecht (50, 51) kämpft weiter für den Ersatz des Kokains durch 10- bis 20%ige Alypinlösung, die auch permucös wirkt, da sie nicht anämisiert wie Kokain, so wird ungefähr 8 Tropfen Adrenalin-

lösung pro Kublikzentimeter zugesetzt. Zur Erleichterung der Rhinoskopie wird weiterhin 1- bis 2%ige Kokainlösung mit oder ohne Adrenalin verwendet. Besonders praktisch hierfür ist der von Uffenorde (45) angegebene Spray. Ob man immer diese Lösung mit gutem Gewissen beim jungen Kinde wird verwenden können, scheint Referenten fraglich. Sehr interessant und für die Therapie des Kindesalters vielleicht fruchtbar zu verwerten ist der Nachweis Ephraims (80), daß 1- bis 2%ige Lösungen von Chininum bimuriaticum carbamidatum und 5- bis 6%ige Lösungen von Antipyrin, in die Trachea eingestäubt, völlige Anästhesie bewirken. In 50%iger Lösung wirken beide Mittel lokal anästhesierend in Nase und Rachen, doch reizt das Chinin zu sehr, als daß man es in dieser Konzentration im Kehlkopf anwenden könnte. Unter die Schleimhaut eingespritzt, machen 2%ige Antipyrinlösungen und 1%ige Chininlösungen operativ genügende Anästhesie. Alle genannten Anwendungsformen werden in ihrer Wirkung durch Zusatz von Adrenalin verstärkt. Bei Rhinorrhöe empfiehlt Lake (4) Chlorkalzium. Die angeblich ausgezeichneten Wirkungen desselben sind ja jetzt überall zu lesen. Von Allgemeinerkrankungen der oberen Luftwege sei daran erinnert, daß das Rhinosklerom immer weiter aus slawischen Gebieten in deutsche sich hinein verbreitet (53). Der frischeste Bazillus, der sich in den Krankheitsprodukten findet, reagiert nur in vitro, nicht aber im Menschen auf Salvarsan.

Sehr viel Aufmerksamkeit wurde dieses Jahr der Nasendiphtherie der Säuglinge geschenkt. Die Prognose scheint in den verschiedenen Gegenden verschieden gewesen zu sein. Mori (2) verlor ungefähr 38%. Wir haben in der Göttinger Kinderklinik von zirka 14 Säuglingen 2 verloren, die jedoch nach Abheilung der leichten Nasendiphtherie an einer schweren Grippe starben. Bösartiger scheint auch die Diphtherie in der Anstalt von Morosoff (7) verlaufen zu sein, der unter 600 Säuglingen eine Mortalität von fast 80% hatte. Allerdings waren von diesen nur zirka die Hälfte Nasendiphtherien. Den allgemeinen Verlauf der Nasendiphtherie beschreibt Blochmann (5) aus der Göttinger Kinderklinik. Die Kinder erscheinen durch die diphtherische Infektion nicht geschädigt, verhalten sich munter, soweit sie nicht als Brustkinder durch den Schnupfen im Trinken gehindert werden, ja, in letzter Zeit haben wir in derselben Klinik die schönsten Monotermien bei Brustkindern beobachtet. Die Nasendiphtherien treten gehäuft auf zu Zeiten von Grippepidemien. Wahrscheinlich wird durch die anderweitige Infektion der längst in der Nase schmarotzende Diphtheriebazillus mobilisiert. Man kann daher auf Stationen sehen, wie bei gleich schwerer Grippeeinfektion das eine Kind eine Nasendiphtherie bekommt, das andere nicht. Über das Leben entscheidet meist die Grippeinfektion, nicht die Diphtherie. Die Art des Schnupfens ist in frischen Fällen ohne intranasale Untersuchung nicht zu erkennen. Höchstens Blutung macht darauf aufmerksam (41). Diese Untersuchung ist aber leicht und gelingt auch beim Neugeborenen. Korybal Daszkiewicz (49) beobachtete einen Fall von Nasendiphtheriebazillen ohne Beläge und glaubt darin einen be-

sonders bemerkenswerten Verlauf zu sehen. Nach dem, was über die Entstehung von Nasendiphtherien gesagt ist, versteht es sich von selber, daß, wenn eine Schnupfenepidemie eine Abteilung von Bazillenträgern befällt, man neben Nasendiphtherien Fälle von Schnupfen mit Diphtheriebazillen findet. Das Vorkommen eines diphtherischen Schnupfens ohne Belag ist in allen diesen zahlreichen Fällen wohl zu bestreiten. Im allgemeinen bleibt die Nasendiphtherie beim Säugling auf die Nase beschränkt. Blochmann erwähnt nur wenige Fälle von Übergang auf das Mittelohr. Rollestren (49) beschreibt einen Fall eines 6wöchigen Kindes, bei dem binnen wenigen Tagen die Diphtherie sich von der Nase auf Mund und Halsschleimhaut, die Schamlippen und den After verbreitete. Therapeutisch scheint das Heilserum hier besonders gut zu wirken, selbst beim 3 wöchigen $4^1/_2$pfündigen Frühgeborenen ist bei der Nasendiphtherie eine Injektion von 1300 Immunitätseinheiten gestattet. (Der Referent.) Bei der Bekämpfung der Bazillenträger glaubt Kretzschmer (72) durch Behandlung der Tonsillen Erfolge zu erzielen. Korn (siehe 41) glaubt sogar für die Diphtherie in der Pyozyanase ein brauchbares Mittel zu besitzen. Uns hat dieses Mittel bei der Bekämpfung der Diphtheriebazillenträger stets im Stich gelassen, ebenso wie alle anderen Mittel.

Bekannt ist, daß die Pyozyanase auch bei Meningokokken durchaus nicht mehr als sicheres Mittel angesehen wird. Ob das komplizierte Verfahren von Schneider (81) bei Meningokokken zum Ziele führt, muß die Erfahrung lehren. Pinselung des Nasenrachenraumes mit Jodglyzerin (3%), Gurgelung mit Wasserstoffsuperoxyd und Einatmen einer lauwarmen Mischung von Jod, Gujakol, Thymol und Alkohol. Nachträglich sei noch ein Fall von pseudomembranöser Diphtherie ähnlicher Pharyngitis als Anfangserscheinung einer epidemischen Genickstarre angeführt. Diphtherische Entzündungsformen durch Meningokokken waren bisher nur im Larynx bekannt.

Die Orthopädie der äußeren Nase ist ja in letzter Zeit besonders gepflegt worden. Uns interessiert hier nur, daß Nasenentstellungen auch beim jungen 4jährigen Kinde schon durch Paraffineinlagerungen bekämpft werden (3), da, wie Referent weiß, dies auch in Deutschland passiert, so möchte er dringend davor warnen, da der Nasenrücken im 4. bis 6. Jahre noch so erhebliche Änderungen erfährt, daß nachträgliche groteske Verzerrungen zustande kommen können.

Über die herrschende Neigung, die Korrektur der Nasenscheidewand möglichst zu erstreben, war schon voriges Mal berichtet worden. Halle (38) glaubte sich durch angeblich lebensgefährliche Deviation zur Operation derselben beim 4jährigen Kinde berechtigt. In der Berliner laryngologischen Gesellschaft scheint man diese Ansicht nicht zu teilen, so daß hoffentlich dieses Alter von dieser Operation verschont bleiben wird. Die Zahl der Kinder mit Deviation und nicht völlig freier Nasenatmung nach Entfernung der Adenoiden ist ja groß genug.

In der Pathologie der Nebenhöhlen spielen die Wirkungen auf den Optikus die allergrößte Rolle. Einige der dahin gehörigen zahl-

reichen Arbeiten seien daher zitiert (10, 45, 46, 61). Auf die Anfänge dieser Forschung ist in früheren Referaten bereits hingewiesen worden. Interessant ist besonders, daß Kleyn (61) nachweist, daß ganz unbedeutende Störungen des Sehnerven bei Keilbein und hinteren Siebbeinzellenentzündungen recht häufig sind, daß das Bild der retrobulbären Neuritis auch doppelseitig hierdurch erzeugt werden kann. Wie man aus den Arbeiten von Uffenrode (43, 46) ersieht, sind zudem die Nebenhöhlenerkrankungen keineswegs in die Augen springend, so daß ohne Kenntnis der Möglichkeit eines solchen Zusammenhanges zweifellos falsche Diagnosen gestellt werden. Im Kindesalter sind vor dem 13. Lebensjahre keine solchen Fälle aufzufinden, dagegen wird über Nebenhöhlenerkrankungen im kindlichen Alter vielfach berichtet. Zunächst beschreibt Uffenrode einen Fall von Osteomyelitis des Oberkiefers bei einem $2^1/_2$jährigen, Manasse (78) einen Fall von Kiefersystemeiterung bei einem 8jährigen Kinde; dann aber berichtet Uffenrode über eine akute Siebbeineiterung mit Osteoperiostitis bei einem 3jährigen Kinde. Trotzdem bereits starke Verschwellung des Auges vorhanden war, heilte die Affektion nach der von Uffenrode prinzipiell geübten Infraktion der mittleren Muschel. Bösartiger waren die Fälle von John (44). Bei einem 18 Monate alten Kind entstand nach Pneumonie eine beiderseitige Orbitatphlegmone. Inzision. Wochenlange Eiterung. Beiderseitig wurde radikal operiert, angeblich auch die Stirnhöhle. Unter dem Stirnbein bereits ein Epiduralabszeß. Tod an Frontallappenabszeß. Der zweite Fall betraf einen 10jährigen Knaben. Killiansche Operation wegen akuter Stirnhöhlenerkrankung wurde nach etwa 5 Wochen von einem Epiduralabszeß gefolgt. Wieder einige Wochen später Gehirnabszeß, der mehrere Operationen erforderte. Heilung. Van Wildenberg (79) berichtet über 4 kindliche Fälle, bei denen er eine Sinusitis frontalis, zum Teil kompliziert mit Meningitis, geheilt hat, soweit man wenigstens aus dem Kongreßberichte entnehmen kann. Über die Behandlung der akuten Nebenhöhleneiterung besteht noch keine völlige Einigkeit. Im allgemeinen aber tendieren die meisten Autoren zu einer konservativen Therapie. Daß diese selbst bei beginnender Orbitalphlegmone noch von Erfolg ist, zeigen die Fälle von Menzel (13) und auch von Uffenrode, ebenso wie früher berichtete Beobachtungen bei Scharlach. (Siehe hierüber auch die Kritik des Referates von Sieur und Ronvilois.) Die Gefahrchancen sind nicht gering (Onodi[60]) und es ist durchaus nicht klar, wieweit in den einzelnen Fällen der unglückliche Ausgang trotz oder wegen der Operation erfolgt ist. Bei der subakuten und chronischen Sinusitis ist nach Jack (58) gleichfalls die konservative Behandlung im allgemeinen vorzuziehen. Die längere Dauer der Behandlung wird ebenso mitunter bei radikal Operierten beobachtet. Die Erfahrung muß zeigen, wieweit eine fortschreitende Technik die Operationsgefahren zu vermeiden versteht. Im übrigen ist durch die Ausbildung der Stirnhöhlenoperation die Zahl der glücklich operierten rhinogenen Hirnabszesse bedeutend gestiegen. Erkrankungen der Nebenhöhlen harmloserer Art sind recht häufig,

worauf Uffenrode besonders hinweist. Nach Adam sind chronische Nebenhöhlenerkrankungen hauptsächlich der Grund der Entstehung chronischer Rhinitiden, die später zur Atrophie führen. Man wird sich wohl gewöhnen müssen, das Vorkommen von Eiter und eiterigen Sekreten in den Nebenhöhlen als ein ebenso häufiges Ereignis von gleicher Bedeutung wie das gleiche im Antrum zu betrachten und nicht jeder Nachweis dieses Vorkommnisses ist für den Menschen von Bedeutung.

Über die Häufigkeit der Adenoiden liegen aus Londoner Schulen statistische Angaben vor. In London (30) zeigten zirka 37% der Kinder Adenoide. Von diesen Adenoiden zeigten nur 4·5%, also immerhin 1½% aller Kinder, Aprosexie und 10·8% Ohrenkomplikationen. Spira (55) fand in Krakau unter 500 Kindern 11·1% Adenoide, was ungefähr den üblichen Angaben entspricht. Von Folgezuständen der Hypertrophie der dritten Mandel läßt Imhofer (47) prinzipiell die Enuresis nocturna fallen und warnt in dankenswerter Weise vor unvorsichtiger Diagnose der Aprosexia nasalis. Notwendig ist die Warnung. So scheinen z. B. Spira die Äußerungen schwerster Neuropathie bei einem Knaben ganz einfach erklärt durch den Befund: „Adenoide". Auch gibt es immer noch Leute, die leichtere oder schwerere Formen von Schwachsinn, namentlich auch erregte Schwachsinnige durch Adenoidenoperationen bessern wollen. Gerade diese Art Kinder werden aber durch die Operation oft absolut untraktabal (Referent). Auch bei Sprachstörungen ist die Warnung Nadolecznys noch nicht genug beherzigt, daß allein die Rhinolalia clausa durch die genannte Operation gebessert wird. Bei der Diagnose hüte man sich vor der Verwechslung mit Rhinolalia aperta, die nach Brown Kelly (66) auch angeborener Insuffizienz des Gaumens ihren Ursprung verdanken kann. Smith (39) sieht als häufige Folge der Vergrößerung der dritten Mandel eine starke Sekretion von scharfem Schleim, der verschluckt Appetitlosigkeit erzeugt. Eine eigentümliche hysterische Folge verlegter Nasenatmung beschreibt v. Stein (48). Bei dem Kinde stellten sich Perioden von seltener Inspiration während des Wachens ein. Nach den beigegebenen Bildern stand der Thorax eigentlich vollständig in extremster Inspirationsstellung und das Allgemeinbefinden der Kinder war aufs schwerste gestört. An die Ausführung der Adenotomie knüpfen nur noch wenige derartige Hoffnungen wie Costinin (21), der Rumänien durch Ausrottung der Adenoiden im großen Maßstabe beglücken will. Beinahe 1000 Kinder hat er in knapp 5 Monaten operiert. Es ist sehr schade, daß er die Mitwirkung der Lehrer nicht auch weiterhin in Anspruch nimmt, um festzustellen, wie oft die vielgerühmte Besserung der psychischen Funktionen bemerkt wird. Imhofer (47) stellt die Indikation zur Entfernung der Adenoiden außerordentlich streng, ungefähr in der Weise, wie wir es hier immer vertreten haben. Er ist der Ansicht, daß Rezidive viel häufiger vorkommen, als allgemein angenommen wird. Bekanntlich wird vielfach noch gerne dem Nichtspezialisten versichert, daß wirklich gründliche Entfernung ein Rezidiv ausschließe. Abgesehen davon, daß leicht die Entfernung nicht vollständig ist

(namentlich kann am Hinterrande der Choanen ein Stückchen stehen bleiben [Meyer 40], so kommt es auch bei sorgfältigster Entfernung zu einem Rezidiv, das konstitutionell bedingt ist. Ich glaube, daß Imhofer, der die Lehre von der exsudativen Diathese nicht zu kennen scheint, im wesentlichen an diesen Zustand denkt, doch begegnen wir selbst in seiner so kritischen Arbeit einer überall in der rhinolaryngologischen Literatur wiederkehrenden Überschätzung der Blumenfeldschen Arbeit, der aus Fortbestehen der Bronchialkatarrhe sehr schnell zur Diagnose von Bronchialdrüsentuberkulose kommt unter Überschätzung des Röntgenverfahrens (siehe diese Zeitschr., Bd. VIII, Nr. 11). Nach Imhofer geben nur solche Störungen eine volle Indikation zu der Exstirpation, bei denen selbst die zeitweilige Befreiung von erheblichem Nutzen ist, so daß ein Rückfall in Kauf genommen werden darf. Auch weist er auf die nicht seltenen Fälle hin, bei denen trotz kritischer Indikationsstellung die Operation keine freie Nasenatmung schafft, weil eben die Katarrhe fort dauern.

Von Gefahren der Operation ist diesmal außerordentlich viel die Rede. Auch in den Debatten zu Vorträgen (20) tönt immer die Warnung hervor, die Adenotomie nicht zu sehr als banale Operation zu betrachten. Am deutlichsten spricht dieses Burak (11) aus, der hervorhebt, daß die Unglücksfälle zwar selten seien, aber doch um so erschütternder wirkten, weil es sich besonders um junge Individuen handle, deren Leben vorher in keiner Weise gefährdet gewesen sei. Über die Gefahren haben wir schon früher berichtet. Es sind kurz wiederholt: heftige Blutungen, auch bei nicht Hämophilen (nach Burak 5 mal unter 1000 Operationen), Blutungen aus stehengebliebenen Resten, als Folge einer hierdurch bedingten Tamponade, tödliche Sepsie (siehe z. B. 25), ferner Mittelohreiterungen (unter 500 Fällen höchstens 1%) und Ausbruch von Infektionskrankheiten (Scharlach, Diphtherie). Burak sah ferner in ähnlicher Weise, wie aus der Briegerschen Klinik berichtet wurde, bei seinen klinisch behandelten Fällen etwa in 10% der Fälle Fieber, das in 2% der Fälle etwas länger dauerte. Von vorübergehenden Folgen wird Schwäche des Gaumensegels und Torticollis (6) häufiger erwähnt als früher. Ein Fall von fast völliger Verödung des Nasenrachenraumes nach Adenotomie, den ich bei einer Diskussion erwähnt fand, dürfte wohl einer konsekutiven Erkrankung den Ursprung verdanken. Im allgemeinen sind die Unglücksfälle nicht etwa häufiger geworden als früher. Es waltet nur das Streben vor, aufs gewissenhafteste Nutzen und Gefahren der Operation gegeneinander abzuwägen.

Über die Frage der Anwendung der Narkose sind die Ansichten außerordentlich geteilt. In seinem Referat über das Lehrbuch von Feer hat Klotz dringend die Anwendung derselben gefordert. Sehr interessant ist daher die Diskussion über diese Frage in der Sitzung der dänischen Gesellschaft für Laryngologie (18), wo im allgemeinen von sehr kompetenter Seite eine intensive Abneigung gegen die Vornahme der Narkose, speziell gegen den Ätherrausch zutage tritt. Von französischer Seite (1 und 20) wird um so wärmer die Anwendung von Äthylchlorid gepriesen, speziell Lautmann (1) empfiehlt einen

von Camus angegebenen Apparat, bei dem 1 g Chloräthyl bei tiefer Narkose für die Abtragung der drei Mandeln bei ungefähr 5jährigem Kinde genügt. Auch im späteren Alter bedarf es hierzu nicht mehr als 2 g. Neuerdings scheint mehr Somnoform (Mischung von Äthylchlorid, Methylchlorid und Bromäthyl) angewendet zu werden, jedoch nur in Halbnarkose. Im allgemeinen operiert man in Frankreich mit Narkose nur bei Kindern nach dem 5. Lebensjahr. Ob wirklich die Narkose bei neuropathischen Kindern immer ein geringeres Trauma darstellt als die schnell ausgeführte Operation und ob für diese Art Kinder die Gefahrchancen der Narkose dieselben sind, wie nach der allgemeinen Statistik berechnet wird, bleibt dahingestellt. Jedenfalls bringt die Anwendung der Narkose eine neue Gefahr zu der Operation hinzu.

Von Munderkrankungen ist über eine von Frese (68) beschriebene rezidivierende Stomatitis aphtusa geschrieben worden. Die Krankheit besteht im rezidivierenden Auftreten von disseminierten kleinen oder größeren Geschwüren auf der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle. Die Schleimhaut der Zähne bleibt unbeteiligt. Er sah dies Leiden nur jenseits der Pubertät. Es dauerte Jahre, ja Jahrzehnte, doch ist es in einem Falle wahrscheinlich im 7. Lebensjahre aufgetreten, und Referent sah es bei einem zirka $^3/_4$jährigen Kinde, bei dem es seit dem 4. Lebensmonat auftrat. In diesem Falle schien innerliche Kalkzufuhr nützlich zu wirken.

Die schwarze Haarzunge sieht Uffenrode (46) als eine vorübergehende Reizerscheinung an in Beteiligung von anderen Erkrankungen der Nase und des Rachens. Schwere Veränderungen nach Scharlach sah Uffenrode bei einem 7jährigen Kinde, wo nach Abklingen der Anfangserscheinungen von einem kleinen Schorfe vom Arcus palatopharyngeus es zur Nekrose und Perforation großer Bezirke des weichen Gaumens kam. Die Uvula hing schließlich nur noch an einer kleinen Brücke. Verf. hatte den Eindruck, daß durch 2stündliche Pyogyanasesprayungen das Fortschreiten des Prozesses gehindert wurde. Es trat eine funktionell befriedigende Heilung ein. Schwere geschwürige Veränderungen im akuten Stadium des Scharlachs demonstrierte Oppikofer (77) in Kehlkopf, Luft- und Speiseröhre. Eine von Preleitner (35) demonstrierte Ösophagunsstriktur nach Scharlach ergänzt diese Beobachtung. 2 mal wurden spontane tödliche Blutungen aus rupturierten Pharynxgefäßen bei Scharlach beobachtet (27).

Das größte Interesse scheint sich der Frage der Totalexstirpation der Gaumentonsille zugewendet zu haben. Die Ausführung ambulant ist nicht gestattet. Blutungen dürften vielleicht leichter zu behandeln sein als bei der üblichen Tonsillotomie. Ob die von Greenfield-Sluder (52) angegebene Ausführung der Operation mittels einer Guillotine sich einbürgern wird, mag dahingestellt bleiben, aber jedenfalls muß auch dann diese Operation in chirurgisch geschulten Händen bleiben. Störungen in der Beweglichkeit des Gaumensegels können begreiflicherweise die Folge sein. Der Enthusiasmus für die Operation scheint vielfach sehr groß zu sein, nach E. Beck (42) z. B. gibt es eigentlich kein inneres Leiden, das nicht hierdurch geheilt

würde. Demgegenüber wird von Kofler (31) als lokale Indikation häufig sich wiederholender Anginen Entstehung von peritonsillaren Abszessen und Sichtung übelriechender Mandelpfröpfe, als Allgemeinindikation akuter und chronischer rezidivierender Gelenkrheumatismus und Endokarditis, kryptogenetische Sepsis, Nephritis angeführt. Hierzu fügt er Appendizitis, ja, er möchte sogar Poliomyelitis hinzurechnen. Nur die zuerst angeführten allgemeinen Ursachen interessieren und hier glaubte Verf. nur gute Resultate gesehen zu haben. Es ist sehr bedauerlich, daß er nicht, wie Gürich es getan hat, ausführlich seine Resultate mitteilt. Auch die Ausführungen von Päßler (43) auf dem Kongreß für innere Medizin leiden unter der Kürze. Er unterscheidet als Wirkung der permanenten Mandelinfektion erstens die lokalen Störungen beziehungsweise die Schwellung der Lymphdrüsen, zweitens Infektions- beziehungsweise Intoxikationserscheinungen, d. h. Störungen des Allgemeinbefindens der verschiedensten Art, die den Kranken als Neurastheniker eventuell erscheinen lassen könnten, drittens Allgemeinerkrankungen, z. B. Gelenk- und Muskelrheumatismus, Peliosis rheumatica, Erythema nodosum, Chorea minor, Endokarditis und Myokarditis, alle möglichen scheinbaren Herzneurosen, Nierenentzündungen, Nierenschmerzen, eventuell auch noch rezidivierendes Magengeschwür.

Eine ausführliche Publikation muß diese Thesen erst weiter begründen. Vor allem wäre es wünschenswert, daß von pädiatrischer Seite die alte Gürichsche Indikation betreffs des Gelenksrheumatismus nachgeprüft würde. Doch darf nicht etwa bloß eine Tonsillotomie vorgenommen werden, sondern es muß entweder die Tonsillektomie oder die Zerstückelung nach Gürich vorgenommen werden.

Der Retropharyngealabszeß kann, wie schon in anderen Referaten erwähnt, dieses Jahr aber besonders häufig beobachtet wird, von einer Warzenfortsatzeiterung ausgehen (33, 34, 56, 59), und da das Rachenleiden am meisten imponiert, so wird das Ohrenleiden leicht übersehen. Menier (23) diskutiert die Frage, wieweit man Retropharyngealabszesse beim Kinde vom Munde oder von außen her angreifen soll. Er entscheidet sich, wie Referent glaubt, mit Recht, auch beim tuberkulösen Prozeß, für die Inzision vom Rachen aus. Referent möchte nur bei sehr riesenhaften Abszessen die Inzision hinter dem Sternocleido empfehlen, wobei in diesen Fällen anatomische Schwierigkeiten überhaupt nicht in Frage kommen. Auch in Fällen, bei denen aus allzu großen Säcken die Blutung nach innerer Turision sich immer wieder erneuert, läßt sich dann auf dem Finger die äußere Gegeninzision leicht vornehmen. Ein Retropharyngealabszeß kann aber auch, wie die Beobachtung von Sokolow zeige (28), die Carothis interna arrodieren, auch ohne daß Scharlach vorhergegangen ist, und so der Inzision unmittelbar der Tod folgen.

Die Ursache des kongenitalen Kehlkopfstridors sieht Marique (14) nicht wie gewöhnlich in einer Schlaffheit des Kehlkopfeingangs, sondern in einer Störung der Innervation der Stimmbänder. Er sah im Spiegel während der Inspiration ein sich Annähern der Stimmlippen. Ausführlich bespricht Zimmermann (69) die Erscheinungen bei den

akuten Kehlkopfschwellungen nicht diphtherischer Natur. Das Kehlkopfbild zeigt in diesen Fällen subglottische Schwellung. In seinen Fällen führen akute Attacken zu wiederholten Tracheotomien. Energische Untersuchungen des Larynx sind nicht ohne Schuld hieran. Eine Exstirpation des geschwollenen Gewebes konnte ein Rezidiv nicht hindern. Citelli (17) stellt eine meiner Ansicht nach längst nicht genug beachtete Indikation für die Anwendung der Intubation auf, nämlich daß durch sie der Arzt erst einmal die Hilfe vor Erstickung bringt und diese schnell und ohne Assistenz bringen kann. Es ist sehr bedauerlich, daß die so einfach auszuführende Manipulation nicht Allgemeingut der Ärzte ist. Mir hat sie früher meine Tätigkeit sehr erheblich erleichtert.

Von äußeren Halserkrankungen (16 und 35) ist eine doppelseitige Kiemgangseiterung beim 1 monatigen und ein Teratom am Halse eines 4 monatigen Kindes, das die Trachea komprimierte, zu erwähnen.

II. Die Erkrankungen des Ohres.

1. Wanner (München). Funktionsprüfungen bei kongenitaler Lues vor und nach Injektion mit Salvarsan. XX. Vers. d. Deutsch. otol. Gesellsch. Zeitschr. f. Ohrenheilk., LXIII, S. 268.

2. Oskar Beck. Schwindel und Gleichgewichtsstörungen bei florider Syphilis der Sekundärperiode. Ibidem und Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 233.

3. Nager (Zürich). Hereditär-luetisch erkrankte Gehörorgane.

4. Grunberg. Dasselbe. Ibidem, S. 223.

5. Mucha. Wiener klin. Wochenschr., 1911.

6. Oskar Beck. Hochgradige Schwerhörigkeit bei Erbsyphilis durch Salvarsan wesentlich gebessert. Beiderseitige Ausschaltung des Vestibularapparates, rechts Taubheit, und zwar nach Salvarsan. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 233.

7. — Ibidem, S. 298, 308.

8. — Ibidem, S. 514.

9. — Ibidem, S. 1403, s. auch Med. Klinik, 1911, Nr. 1.

10. Haike. Wirkungen der Nebenwirkungen des Salvarsans auf das Ohr. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 463.

11. Arthur Knik. Doppels. Neuritis cochlearis bei rezenter Lues nach Salvarsan. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 413.

12. Konrad Stein. Beitrag zur klinischen Pathologie des Vestibularapparates. Med. Klinik, 1911, S. 11.

13. Neumann. Salvarsan, Schädigung des Vestibularapparates. Ibidem, 1407.

14. Ruttin. Diskussion hierzu. Ibidem, S. 1408.

15. Umbert. Salvarsan und Hörnerv nach Ref., Ibidem S. 1430.

16. Knik und Zaloziecki. Über Akustikuserkrankungen im Frühstadium der Lues. Berliner klin. Wochenschr., 1912, S. 639.

17. Zytowitsch. Indikationen zur Trepanation des Perkussus mastoid. usw. Arch. f. Ohrenheilk., 86, S. 1.

18. Isidor Braun. Beitrag zur Kenntnis der akuten Nekrose des Warzenfortsatzes bei akuter Otitis. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 30.

19. Struyckenter Knile. Tuberkulöse Entzündung des Ohres und der Hirnhäute. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 45.

20. Heschl. Fall von rezidivierender Mastoiditis. Ibidem, S. 449.

21. V. Urbantschitsch. Über vom Ohr ausgelöste Reflexe und Irradiationserscheinungen. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 746.

22. F. Ruttin. Labyrinthitis serosa bei beginnender akuter Otitis. Monatsschr. f. Ohrenheilk., S. 954.
23. Urbantschitsch. Bedeutung der Behandlung der Eustachischen Röhre bei chronischer und rezidivierender Otorrhoe. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 63, S. 140.
24. C. Hirsch. Jodoformintoxikationen nach Operationen am Ohr. Ibidem, S. 343.
25. Marum A. Jahresbericht der Universitäts-Poliklinik f. Ohren usw. Gießen. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 85, S. 50.
26. Papanikolaon. Der Wildesche Schnitt und dessen Heilpotenz. Ibidem, S. 123.
27. Dintenfaß. Nachweis von intern verabreichtem Urotropin im Ohreiter. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 458.
28. W. M. Barton. The Elimination of Hexamethylenamin bey the Mucous Membram of the Middl. Ear. Journ. A. M. 1910, Marz.
29. van Caneghem. Bericht über die 21. Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft Hannover.
30. David. Das Adrenalin in der Behandlung der Totalaufmeißlung der Mittelohrräume. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 1184.
31. Blegwad. Beiträge zur Klinik der Mittelohrtuberkulose. Ibidem, S. 1189.
32. Uffenrode. Die komplizierten Fälle von Mittelohreiterung. Ibidem, S. 1239.
33. Obermüller. Die konservative Behandlung der akuten Mittelohrentzündung. Ther. Monatsh., 1911, Nr. 9.
34. Willaume Jantzen. Über rezidivierende Mastoiditis. Arch. f. Ohrenheilk., 86, S. 177.
35. Shin-Iza-Ziba. Über den Einfluß kalter Bäder aufs Ohr. Arch. f. Ohrenheilk., Ibidem, S. 313.
36. Hübener. Notizen über die Anwendung des Anästhesins. Ther. Monatsh., 1912, S. 120.
37. Albert. Beitrag zur Bakteriologie der Otitis med. pur. acut. Arch. f. Ohrenheilk., 85, S. 253.
38. K. Stein. Über die Zirkulationsverhältnisse im Schädelinnern bei venöser Stauung. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 86, S. 92.
39. R. Kayser. Ein einfacher Ersatz für den Lärmapparat. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1910 S. 1215.
40. Uffenrode. Passows Beiträge. 1911, H. 4.
41. Ruttin. Über Meningitis acuta interna. Bericht über die 21. Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellsch. Hannover, 1912.
42. Brieger. Die Heilbarkeit der otogenen Meningitis. Ebenda.
43. Uffenrode. Die therapeutischen Erfahrungen über die otogene Meningitis. Ebenda.
44. Scheibe. Über induzierte Labyrinthitis. Ebenda.
45. Mauthner. Zur Kenntnis der Schwerhörigkeit und Ertaubung nach Meningitis cerebrosp. epidemica. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde, 1911, S. 1385.
47. — Über Mumpstaubheit. Wiener med. Wochenschr., 1911.
48. — Erkrankung des Nervus VIII. bei Parotitis epidemica. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 87, S. 224.
49. Gustav Alexander. Zur Kenntnis der akuten Labyrinthitis. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 482.
50. Fröschels. Über die Gründe der Hör- und Sprachstörungen beim Kretinismus nebst Bemerkungen über die Grenzen der Schilddrüsenbehalndlung. Ibidem, 1911, S. 538.
51. — Zur Differentialdiagnose zwischen Taubstummheit und Hörstummheit. Med. Klinik, 1910, S. 2051.
52. H. Neumann. Über Infektiöse Labyrintherkrankungen. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, S. 582.

53. Willy Schoetz. Histologische und experimentelle Beiträge zur Pathologie der otogenen Labyrinthitis. Arch. f. Ohrenheilk., 83, S. 214.

Zur Behandlung der Schmerzen bei Mittelohrentzündungen beziehungsweise Furunkel des äußern Gehörgangs empfiehlt Hübener (36) eine Lösung von Anästhesin 1·0, Alcohol. abs. 10·0, Liqu. aluminii acet. 2·0, Glyc. 30·0 in vitro nigro. Es führt einen Gazestreifen in den Gehörgang ein und läßt denselben mittels erwärmter Lösung mehrmals am Tage anfeuchten. Obermüller (33) empfiehlt zu gleichem Zwecke Instillationen von Otalgan, einer Lösung von Opiumextrakt, Pyrazolonumphenyldimethylicum in wasserfreiem Glyzerin. Er läßt mit dieser Lösung den Gehörgang füllen und den Patienten dann 10 Minuten auf der gesunden Seite liegen. Nach einer Stunde wird die Maßnahme wiederholt. Die Wirkung ist nach Obermüller abhängig hauptsächlich von der Wasserfreiheit des Glyzerins und da er hierin mit den Apotheken schlechte Erfahrungen gemacht hat, läßt er das Präparat von der Schwanenapotheke in Mainz herstellen. Ob die schmerzstillende Wirkung die des Karbolglyzerins übertrifft, scheint Referenten fraglich. Die glänzende Wirkung auf den Rückgang der Erscheinungen scheint gleichfalls nicht so sicher, wie Verf. annimmt. Die weitaus größte Zahl der akuten Mittelohrkatarrhe heilen eben ohne Parazenthese in 3 bis 4 Tagen, wenn auch zweifellos alle die genannten Mittel dem Patienten seine Krankheit ganz außerordentlich erleichtern. Übrigens, wie schon Nadoleczny hervorgehoben hat, genügt vielfach auch reines Glyzerin.

Das Urotropin wird wahrscheinlich wie überall auch von der Schleimhaut des erkrankten Mittelohrs ausgeschieden. Aus der Mitteilung von Dintenfaß (27) ist nicht zu entnehmen, durch welche Methode er es nachgewiesen hat. Barton (28) weist es mit der Croveschen Methode nach, die gerade hierbei außerordentlich unangenehm ist. Die unglaublich schönen und schnellen Resultate der Autoren, namentlich auch in bezug auf den Geruch des sezernierten Eiters, bedürfen einer gründlichen Nachprüfung, wenn man bedenkt, mit wie großen Dosen es Stern erst gelang, eine keimhemmende Wirkung des Urotropins in Urin und Galle nachzuweisen. Auch die Erprobung des Hippols, dessen Wirkung in alkalischer Flüssigkeit die des Urotropins zu übertreffen scheint, wäre wünschenswert.

In der Behandlung der Wundhöhlen verwendet David (30) Adrenalintampons und glaubt nicht nur auf die Granulationen, sondern auch auf nässende Ekzeme der Ohrmuscheln und des Gehörgangs günstig einwirken zu können. Auch dies wäre bei Säuglingsekzemen, wenn auch sehr vorsichtig, zu erproben.

Bei der chirurgischen Behandlung der akuten Abszesse über dem Warzenfortsatz empfiehlt Papanikolan (26) auf Grund von über 70 günstig verlaufenden Fällen, wie auch der Warzenfortsatz beschaffen sein mag, die einfache Inzision den sogenannten Wildeschen Schnitt. Eine Behandlungsweise, die Spira (s. dieses Referat, 1. Abschnitt, Nr. 55) bei verweigerter Operation zugleich mit der

Saugtherapie öfter mit Erfolg anwandte. Eine Bestätigung dieser Resultate würde allerdings beweisen, daß wir die Heiltendenz der Natur auch bei recht erheblichen Destruktionen des Warzenfortsatzes oft höher anschlagen müssen als bisher. Es muß allerdings betont werden, daß man im allgemeinen von dieser Therapie sonst abgekommen ist wegen der Unsicherheit der Resultate und weil man bei schlechtem Erfolge die beste Zeit für die Operation verlor. Eine neue Ära des Wildeschen Schnittes ist daher wohl nicht zu befürchten. Dem Nichtspezialisten ist aber die Anwendung sehr zu widerraten.

Uffenrode (32) erlebte zwei Bulbusblutungen des in das Mittelohr hinein entwickelten Bulbus. Einmal entstand, wie in den früher referierten Fällen von Trautmann, die Blutung durch die Parazenthese. Sie stand auf Tamponade. Im zweiten Falle handelte es sich um ein schwer kachektisches, 11 monatiges Kind, das seit 14 Tagen Ohreneiterung hatte und bei dem in der Kinderklinik diphtherische Beläge auf der Nasenmuschel nachgewiesen waren. 6 Tage darauf tödliche Blutung aus dem einen Ohre. Die tuberkulöse Entzündung des Mittelohrs zeichnete sich nach Blegwad (31) bei zwei jugendlichen Fällen durch die schmerzlose Entwicklung und durch die immer wieder rezidivierende Granulombildung aus dem Trommelfelldefekt aus. Die histologische Untersuchung der Granulome ergab Tuberkel. Totalaufmeißlung brachte Heilung. Im allgemeinen zeigte sich bei der Diskussion, daß die Stimmung mehr für die weniger eingreifende Warzenfortsatzaufmeißlung war. Die angeführten Fälle bestätigen, was Henrici schon früher publiziert hat, daß die Heilung nach sachgemäßer Operation keine so übermäßig schlechtere ist als bei Erkrankungen anderen Ursprunges. Sehr von diesen Formen der Knochentuberkulose zu unterscheiden sind derartig progressive Fälle, wie Struycken (19) sie bei einem 8 monatigen Säugling beschreibt. Die Tuberkulose hatte hier die Knochenwand zwischen Mittelohr und Karotis durchbrochen und war längs des Gefäßes zu den Hirnhäuten gelangt. Diese schnell progredienten Tuberkulosen, die meist bei kachektischen Säuglingen auftreten, dürften einem operativen Eingriffe überhaupt nicht zugänglich sein. Referent fand in 2 Fällen hierbei als klinisches Zeichen Verkäsung sämtlicher Lymphdrüsen vor und unter dem Gehörgange mit Durchbruch der vorderen Lymphdrüsen oder käsiger Prozesse der Gehörgangwand an der Vorderfläche des Gehörganges, dazu Schwund des Trommelfells und Karies der Paukenhöhlwand. Der ganze Prozeß hatte sich in 3 Wochen ausgebildet.

Die Frage, ob einmal ostitische Erkrankungen der Warzenfortsatzräume je völlig ausheilen, möchte Zytowitsch (17) verneinen. Auf Grund von 50 Fällen, die zum größten Teil aus der Literatur zusammengestellt sind, glaubt er dies nachweisen zu können, und zwar sind gerade an diesen Prozessen schuld die kapseltragenden Kokken. Während der Streptococcus pyogenes, wenn der Körper nicht mit ihm fertig wird, schnell zu schweren Komplikationen führt, neigt der Streptococcus mucosus zu schleichendem Verlaufe. Jedenfalls

ist das von ihm gezeichnete Krankheitsbild wichtig. Nach einer schwereren oder leichteren Mittelohrentzündung treten nach Monaten bei vielfach ziemlich normalem Trommelfellbefunde Fieber und unbestimmte Beschwerden auf. Nur auf tiefen Druck in die Incisura mastoidea reagiert Patient mit Schmerz. Die Operation deckt oft Sklerosierung der Decken des Warzenfortsatzes und Fortschreiten eines Prozesses in die Tiefe auf. An dieses Krankheitsbild wird man zweifellos denken müssen, wenn sich Patienten nach Mittelohrerkrankungen nicht erholen wollen (17).

Albert (37) hat die Bakterienbefunde durch direkte Entnahme aus den Warzenfortsatzzellen bei der eiterigen Mittelohrentzündung geprüft. Von 110 Fällen zeigen 16% den Streptococcus mucosus allerdings meistmit einem Verlaufe, der dem oben skizzierten entspricht. Aus den sonstigen Befunden sei nur hervorgehoben, daß in einzelnen Fällen nur Saprophyten gefunden wurden.

Kurz erwähnt sei das Vorkommen von rezidivierender Mastoiditis nach Aufmeißlung des Warzenfortsatzes (26 und 34). Weil nach meinen Erfahrungen vielfach unbegründeterweise dieses Vorkommnis dem Operierenden zur Last gelegt wird, möchte ich betonen, daß in der Mygindschen Klinik dieses Ereignis in 10% der Fälle eintrat. Bei der operativen Behandlung hat sich die Jodoformgaze als Verbandstoff allen anderen Verbandmitteln überlegen gezeigt. Sehr fatal sind daher Beobachtungen von Jodoformintoxikationen, die Gehirnkomplikationen vortäuschen können, so fieberlose furibunde Delirien bei einem 10jährigen Knaben, so Nystagmus und Schwindel bei einem Fall mit freiliegendem Bogengange. In der Therapie chronischer Ohreneiterungen ist eine Behandlung der Tube vielfach notwendig (21). Hierdurch lassen sich langdauernde Eiterungen mitunter beseitigen.

Von Folgen der Mittelohrentzündungen sei akute Nekrose des Warzenfortsatzes bei einer gewöhnlichen Otitis media als Seltenheit erwähnt (18), ferner eine dauernde Herabsetzung des Hörvermögens gleich im Beginne einer gewöhnlichen Mittelohrentzündung durch eine wohl seröse Labyrinthitis. Dieses Ereignis mag sich vielleicht öfter, wenn auch in geringerem Maße, abspielen, als man bisher annimmt. Reflexerscheinungen von seiten des entzündeten Mittelohrs, wie Paresen der Extremitäten, Sprach-Schriftstörungen, ferner Schmerz- und Prickelempfindungen in den Extremitäten hat Urbantschitsch (21) schon früher beschrieben. Diesmal beschreibt er bei 2 Geschwistern im Beginne einer gewöhnlichen Mittelohrentzündung starke Schmerzen in beiden Beinen, die auch beim Liegen die Bewegung der Beine unmöglich machten, beziehungsweise heftige Nackenschmerzen bei Drehung des Kopfes mit leichter Nackensteife.

Ausgedehnte Untersuchungen bei Kindern in japanischen Schwimmschulen (35) zeigten, daß ein Monat nach dem Beginne des Schwimmens unter 2000 Schülern 300 Fälle von Ohrfurunkeln auftraten. Die chronisch eiterigen Mittelohrentzündungen wurden eher sauberer, jedenfalls nicht ungünstig beeinflußt. Von den 40 Fällen mit Perforationen des Trommelfells zeigten aber 11 Rezidive der

Eiterung, so daß die schädliche Wirkung von Schwimmbädern damit bewiesen ist. Verf. nimmt an, daß das Wasser nicht nur durch den äußeren Gehörgang, sondern auch durch die Tube eindringen und hier reizend wirken kann.

Aus der Arbeit von Marum (25) sei nur das Vorkommen eines Sarkoms des Warzenfortsatzes bei einem 6jährigen Knaben erwähnt.

Die Wichtigkeit, die die Frage der Labyrintherkrankung für eventuelle operative Eingriffe hat, hat zu einer möglichsten Verfeinerung, namentlich der Prüfung des Vestibularapparates geführt, auf dem seinerzeit von Baranyi inaugurierten Wege. Ein Referat über die Bemühungen geht über den Rahmen dieser Zeitschrift heraus. Wichtig war auch die einwandfreie Feststellung der völligen Ertaubung eines Ohres dadurch, daß man das zweite Ohr durch einen Lärmapparat ausschloß. Nach Kayser (39) läßt sich dieser Apparat einfach dadurch ersetzen, daß man den Gehörgang des nicht zu prüfenden Ohres mit einem eingeführten Finger schwingende Bewegungen machen läßt. Diese Methode kann auch in der allgemeinen Praxis wohl mitunter nützlich sein. Bei der Frage über die Entstehung der eiterigen Labyrinthitis zeigt sich (40, 44, 53), daß wohl meist die Fenster den Eingangspunkt bilden, ja daß selbst durch das ziemlich intakte Fenster, wie es Uffenrode zuerst nachgewiesen hat, die Labyrinthitis induziert sein kann, und zwar in Form einer eiterig-infektiösen oder auch einer wenig oder gar nicht infektiösen zur Ausheilung tendierenden Form. Durch die knöcherne Kapsel kann der Durchbruch aus hinter dem Labyrinth gelegenen Knochenzellen erfolgen, von der Pyramide aus scheint jedoch bei nekrotisierenden Mittelohrprozessen trotz der Nekrose des Knochens es häufig zu einer Abkapselung zu kommen. Jedenfalls sind gleichzeitige Labyrinthitiden nach Scheibe (44) bei Scharlach und Tuberkulose oft günstig. Diese Erkenntnis scheint mir für den Praktiker, namentlich mit Rücksicht auf die akuten, nekrotisierenden Scharlach-Mittelohrentzündungen mit akuter Ertaubung in der ersten Krankheitswoche, von Wichtigkeit zu sein. Die enorme Gefahr der eiterigen Labyrinthitis zeigt sich in ihrer Bedeutung für die Entstehung der otogenen Meningitis. In 60% letzterer Erkrankung war das Labyrinth nach Uffenrode der Ausgangspunkt, ja er fand sogar, daß eine relativ geringe Labyrinthitis bei intakten Fenstern die Infektion vom Mittelohre nach den Hirnhäuten fortzuleiten imstande war, wenn auch der Beweis hierfür nicht vollständig geschlossen ist (Referent). Nach Alexander (49) muß immerhin der umgekehrte Weg, d. h. otogene oder metastatische Meningitis und von da aus Labyrinthitis erwogen werden. Es ist begreiflich, daß unter dem Eindrucke der enormen Gefahr, die eine eiterige Labyrinthitis für den Träger bedeutet, nach sorgfältiger Abwägung der diagnostischen Momente einzelne Autoren in dubio lieber einmal im Labyrinth zuviel aufmeißeln (52), während andere unter dem Eindrucke der schweren, verstümmelnden und gefährlichen Operation sich lieber abwartender verhalten. Für den Nichtotiater ist es ganz unmöglich, sich in diesem Streite ein Urteil zu bilden, da zudem noch Erfolg und Mißerfolg von vielen Im-

ponderabilien abhängen. Bei der Behandlung der Folgeerkrankung der Meningitis steht Brieger auf dem Standpunkte, daß es gar nicht so sehr darauf ankäme, daß man im ersten Momente operiere, erfolge doch die Verbreitung des Prozesses, wenn einmal die Meningitis begonnen hat, mit enormer Schnelligkeit. Für die Prognose viel wichtiger wäre die Virulenz der Bakterien. Die Möglichkeit der Ausheilung würde bedeutend erhöht durch Entfernung des erkrankten Knochens und doch sei es, wie 2 Fälle von Heilung beweisen, nicht immer nötig, das eiterig erkrankte Labyrinth zu öffnen. Das früher so beliebte Mittel der Inzision der Dura hat als Drainagemittel versagt. Es ist interessant, daß bei der otogenen Meningitis wiederholte Spinalpunktionen als gutes Mittel gepriesen werden. Eine erfolgreiche und dauernde Drainage ist freilich zu erzielen durch Entfernung des Labyrinthes, eine Freilegung des inneren Gehörganges, durch die Uffenrode auch bei verlorenen Fällen lang dauernde Remissionen der Krankheitsschwere erzielte. Als prophylaktisches Mittel wird ja heutzutage Urotropin gepriesen, während es bei entwickelter otogener Meningitis bestimmt nichts wirkt. Van Canegheim (29) hat die Versuche von Crowes nachgeprüft und fand, daß bei Einführung von 0·1 Urotropin auf 1 kg Körpergewicht Hunde und Meerschweinchen zum größten Teil am Leben blieben, wenn er ihnen subdural virulente Streptokokken einspritzte. Auch 1 bis 3 Tage nach der Infektion erzielte er noch einige Resultate. Da Urotropin z. B. auf Staphylokokken in einer Verdünnung von 1 : 5000 in Kulturen nicht mehr hemmend wirkt (Blühdorn) und, wie Weinrich in der Göttinger Kinderklinik nachgewiesen hat, die Konzentration des Urotropins bei dem fast $1^1/_2$fachen der Caneghemschen Dose im Liquor nur in einer Konzentration von 1 : 16000 auftritt, so ist dieses Resultat verwunderlich und es wäre daher die Frage, ob die Konzentration im Liquor bei Meerschweinchen und Hunden eine höhere wäre.

Ein neues Symptom des akuten Durchbruchs eines Schläfenlappenabszesses in die Hirnhöhlen ist nach Ruttin (41) das plötzliche Auftreten eines aufwärts gerichteten Nystagmus.

Von nicht eiterigen Erkrankungen interessiert die Beobachtung von Mauthner (45), daß bei den Schädigungen des Labyrinthes durch Meningitis cerebrospinalis noch nach Jahren eine Verschlechterung des Hörvermögens einsetzen kann. Die Verschlechterung in den ersten Wochen und Monaten war bekannt (Referent). Ein neues Bild über die Erkrankungen des inneren Ohres nach Mumps ergeben die Arbeiten desselben Verfassers (47 bis 48). Die Hörstörungen treten relativ schnell, aber nie apoplektiform auf. Sie können zur vollständigen Ertaubung führen, ebenso wie nach schwerer Störung Besserungen eintreten können. Handelt es sich hierbei um seltene Fälle, so lassen sich bei genauer Untersuchung Defekte für einzelne Tonbezirke sehr häufig nachweisen. Die Störungen im Gleichgewichtsapparate können in jedem Grade sich hinzugesellen oder die Hörstörungen überwiegen. Es ist für die Praxis namentlich wichtig, daß als grob sinnfälliges Symptom oft ein spontaner Ny-

stagmus eine Zeitlang zurückbleibt. Als anatomisches Substrat nimmt er eine Entzündung des Nerven, nicht des Labrinthes, an.

Anatomische Untersuchungen über das hereditär luetisch erkrankte Gehörorgan liegen von Nager (3) vor, der wesentlich Labyrinthveränderungen gefunden hat. Nach dem kurzen vorliegenden Bericht ist nicht zu entscheiden, ob wirklich Nager im Gegensatze zu anderen Autoren nicht dabei auch ausgedehnte Veränderungen an den Meningen und dem Perineurium gefunden hat. Grünberg (4) fand die Spirochaeten im Felsenbein eines syphilitischen Fötus überall verbreitet, nur nicht im inneren Ohr. Den ersten günstigen Berichten, die uns Salvarsan als dem Quecksilber bei den hereditär luetischen Labyrinthaffektionen weit überlegenes Mittel zeigten, folgten ungünstigere Erfahrungen, so von Wanner (1) und bei Gelegenheit der Diskussion hierzu Hertzog und Scheibe, während Siebenmann und Beck (6) Günstiges berichten. Es kommt wohl sehr auf den Zeitpunkt der Anwendung an. Negative Resultate und Verschlechterungen scheinen mehr bei zu spät behandelten Fällen aufzutreten.

Bekanntlich steht die Frage, ob Salvarsan direkt toxisch auf den Nervus octavus zu wirken imstande ist, in scharfer Diskussion. Zuerst war zu erledigen, ob die nach Salvarsan auftretenden Veränderungen dieses Nerven identisch sind mit den rein luetischen. Es hat sich dabei herausgestellt, daß es in der Tat so ist. Zuerst erregte die Beobachtung von isolierten Erkrankungen des Vestibularis einiges Befremden. Inzwischen ist nachgewiesen worden, daß diese Form der Erkrankung spontan bei Lues, aber auch bei Quecksilberkur auftreten kann, namentlich O. Beck (6—9) hat sich um diese Frage verdient gemacht. Die Vestibulariserkrankung kann in unmittelbarem Anschlusse an die Salvarsaninfektion auftreten (so 6 Stunden nach der Injektion bei einem 10jährigen Mädchen), anderseits auch, und dann macht sie starke Schwindelerscheinungen, ebensogut aber auch fast symptomlos in der 4. bis 10. Woche nach der Injektion. Könnten wir im ersten Falle von einer Herxheimerschen Reaktion sprechen, so haben wir im zweiten ein Neurorezidiv. Bei den letzteren Formen sehen wir viel häufiger noch die Erkrankung des Kochlearis. Bedenklich ist ein Fall von Bock, bei dem die Wassermannsche Reaktion dauernd fehlte und Quecksilberbehandlung nicht wesentlich besserte. Im ganzen ist wohl kein Zweifel, daß gerade die Erkrankungen des Akustikus relativ häufig unter der neuen Therapie geworden sind, daß sie nur bei relativ frischen Fällen auftreten und daß sie meistens durch eine Wiederholung der Salvarsaninjektion oder Quecksilberkur gebessert werden. Daß die Besserung nicht immer eine Restitutio in integrum bedeutet, ist bei der ernsten Natur des Leidens wohl begreiflich. Gerade dieses Vorkommen dürfte die kombinierte Therapie rechtfertigen.

In ein neues Licht aber wird die Entstehung dieser Akustikuserkrankungen im Frühstadium der Lues durch die Beobachtungen von Knik und Zaloziecki (16) gerückt, die bei ihren Fällen, ob sie ohne oder mit Salvarsaninjektion entstanden waren, stets luetische

Meningitis durch Punktion nachweisen konnten. Hier läge also dieselbe Ursache zugrunde, wie sie von Mayer (s. diese Monatsschrift, Sammelrefer., Bd. VIII, S. 699) als Ursache der Ertaubung im Spätstadium der hereditären Lues nachgewiesen ist.

Zur Differentialdiagnose zwischen Hörstummheit und Taubstummheit hofft Fröschel (50, 51) seinen Kitzelreflex benutzen zu können. Er führt einen Bougis $^1/_2$ cm in den Gehörgang ein und macht leichte, drehende Bewegungen. Er findet hier bei allen sonst im übrgen noch kitzligen Personen ein Kitzelgefühl, das sich im Blinzeln des Auges, Lachen usw. äußert, vorausgesetzt, daß dieselben hören. Früher hat er schon nachgewiesen, daß bei bestimmten Formen von Ertaubungen dieser Kitzelreflex langsam verschwindet. Auch bei Mongoloiden, Myxödemen usw. gelang ihm der Nachweis eines Hörvermögens, eine Diagnose, die sich später bestätigte. Die Bedeutsamkeit der Adenoiden und der hierdurch bewirkten Hörstörung für die Entstehung der Hörstummheit bei Imbezillen und Myxödematösen darf wohl nur in wenigen Fällen in Betracht gezogen werden. Zum Schlusse sei der interessanten Arbeit von Konrad Stein (38) gedacht. In sorgfältigen Experimenten zeigte er unter Ausschluß der Fehlerquellen, daß der vermehrte Druck des Liquor cerebrospinalis bei Halsstauung mittleren Grades nicht bedingt ist durch Vermehrung des arteriellen Druckes, daß jedoch der Venendruck beziehungsweise die Stromgeschwindigkeit in den Venen zunahm. Stärkere Stauung vermindert die arteriellen Druckschwankungen im Liquor.

Pharmakologie.

Helwig. *Über seeklimatische Kuren im Kindesalter.* (Fortschritte d. Med., XXIX, Nr. 27.)

In ansprechender Weise werden aus den Eigenschaften und Wirkungen des Seeklimas Ratschläge für die Wahl des Kurortes, Jahreszeit, Indikationen und Durchführung der Kur hergeleitet.

Hohlfeld (Leipzig).

Jules Renault. *Présentation d'un écran transparent fronto-facial pour l'examen de la gorge des enfants.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 139.)

Renault konstruierte aus Glimmer einen Schutzschirm für den Arzt bei der Racheninspektion von Kindern mit infektiösen Krankheiten, um deren Verschleppung zu verhüten. Der Schirm selbst ist leicht desinfizierbar, gut transportabel und wird, wie ein Stirnreflektor, an einem Bande getragen, um die Hände für alle nötigen Manipulationen freizulassen. W. Weigert.

G. H. Whipple. *Schwangerschaft und Chloroformanästhesie. Eine Untersuchung der mütterlichen, plazentaren und fötalen Gewebe.* (Journ. of exper. med., XV, S. 246—258.)

Bei trächtigen Hunden kommt es unter dem Einfluß von Chloroformnarkose ebenso wie überhaupt bei Hunden zu Nekrose im Zentrum der Leberläppchen. Daneben ruft die Anästhesierung mit Chloroform mehr oder weniger ausgedehnte hyaline Nekrose im Randgebiete zwischen dem mütterlichen und fötalen Anteil der Plazenta hervor und kann so Veranlassung werden zur Entstehung von Blutungen, von Ablösung der Plazenta und von Abort. Weder die Leber noch die übrigen Organe des Fötus zeigen Schädigungen durch Chloroform, obwohl dieses in den Geweben nachgewiesen werden kann. H. Vogt.

G. H. Whipple. *Die Unempfindlichkeit junger Hündchen gegen Chloroformvergiftung während der ersten 3 Lebenswochen.* (Journ. of exper. med., XV, S. 259—269.)

Während der ersten Woche des extrauterinen Lebens sind junge Hündchen resistent gegen die spät eintretende Chloroformvergiftung, die sich sonst als zentrale Nekrose der Leberläppchen äußert. Ihre Resistenz nimmt allmählich ab und verschwindet meist in der 4. Lebenswoche. Es zeigt sich ein Parallelismus zwischen diesem Verschwinden, der Widerstandsfähigkeit der Leber gegen Chloroform und ihrem Gehalt an sogenannten Blutbildungsinseln, denn auch diese sind in der ersten Lebenswoche reichlich vertreten und verschwinden im Verlauf von etwa 3 Wochen. Daraus möchte Verf. entgiftende Wirksamkeit von weißen Blutkörperchen herleiten. Für eine entgiftende Tätigkeit weißer Blutkörperchen spricht auch die Beobachtung, daß eine 2. Chloroformnarkose sich weniger wirksam zeigt, wenn sie in den Zeitpunkt fällt, wo die Nekrosen, die sich nach der ersten Narkose ausgebildet hatten, mit Leukozyten infiltriert sind.

H. Vogt.

Ad. Czerny. *Beitrag zur Lebertrantherapie.* (Therap. d. Gegenw., 1912, S. 49.)

Auf der Tuberkulosestation der Straßburger Kinderklinik sind sämtliche Kinder frei von Erscheinungen der exsudativen Diathese. Die Kinder erhalten sämtlich Lebertran. Auf Empfehlung eines Arztes wurden die Lebertrandosen gesteigert, dabei zeigte es sich, daß die Kinder sehr große Mengen (bis 80 g pro die) ohne Störungen vertrugen. Auf das Körpergewicht hatte der Lebertran keinen Einfluß; dagegen traten nach kurzer Zeit Gesichts- und Kopfekzeme bei den Kindern auf. Nach Aussetzen des Lebertrans verschwanden die Erscheinungen der exsudativen Diathese wieder. Lebertran ist daher nur in Dosen bis zu zwei Eßlöffeln pro die bei im übrigen fettarmer Nahrung zu verwenden.

Orgler.

Bain. *Pharmakologie und Therapie des Lezithin und Phytin.* (Lancet, I, Nr. 14, 1912.)

Bain untersuchte bei Kaninchen den Einfluß von Lezithin und Phytin auf Zahl der roten und weißen Blutkörperchen sowie auf den Hämoglobingehalt des Blutes. Bei subkutaner Injektion von Lezithin sowohl wie bei Verfütterung von 0,5 g p. d. per os konnte eine deutliche Vermehrung des Hämoglobingehaltes sowie eine Zunahme der korpuskulären Elemente nachgewiesen werden, die bei den Leukozyten besonders eine Vermehrung der großen monokulären Lymphozyten betraf. Ein deutlicher Einfluß auf das Gewicht der Tiere war nicht vorhanden. Bei Phytinzuführung waren die Veränderungen des Blutbildes unbedeutend. Nach Untersuchungen von Aders, Plimmer fehlt die phytinspaltende Enzymphytase im tierischen Organismus und wird demselben eventuell durch Pflanzennahrung zugeführt. Bain befürwortet auch auf Grund klinischer Erfahrungen die Darreichung von Lezithin bei Anämie und Schwächezuständen. Philippson (Frankfurt a. M.).

Ernährung und Stoffwechsel.

Hans Rietschel. *Zur Technik der Ernährung der Brustkinder in den ersten Lebenswochen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV, S. 403 bis 434 und 601—617.)

Verf. hat beobachtet, daß Brustkinder von Erstgebärenden öfter bei 5maligem Anlegen an die Brust in der ersten Lebenszeit zu wenig Nahrung aufnahmen und erst bei häufigerem Anlegen zu Körpergewichtszunahme gelangten. Doch betont Verf. ganz mit Recht, daß darum doch die größeren Trinkpausen als Regel für den Durchschnitt gelten sollen, weil sie die sicherste Gewähr für ungestörte Entwicklung des Kindes bieten. H. Vogt.

Brady. *Malt soup in nutritional disturbances of infants.* (Malzsuppe bei Ernährungsstörungen der Säuglinge.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 16. März 1912.)

Verf. hat bei Nährschaden durch den Gebrauch der Malzsuppe vorzügliche Resultate erzielt, wenn die Kohlenhydrattoleranz hoch stand. Die besten Erfolge wurden nach dem 3. Lebensmonat verzeichnet, bei Zuckerintoleranz waren die Ergebnisse nicht günstig, dagegen bei einfacher Fettindigestion sehr gut. Wachenheim.

Hess. *The use of a simple duodenal catheter in the diagnosis and treatment of certain cases of vomiting in infants.* (Die Verwendung eines einfachen Duodenalkatheters zur Diagnose und Behandlung gewisser Fälle von Erbrechen bei Säuglingen.) (Americ. Journ. Dis. Children, März 1912.)

Verf. findet, daß das von ihm angewendete Duodenalrohr zweckmäßig durch einen Nelatonschen Katheter ersetzt werden könne, denn auch dieses Instrument gelangt trotz seiner Weichheit durch einfache Manipulation in kurzer Zeit in das Duodenum. Neben dem Beweise der Röntgenstrahlen ist dieser Erfolg durch das Erlangen von Duodenalflüssigkeit außer Zweifel gestellt; man hat dabei das Gefühl von Einklemmung im Pylorus, die aber bei Schlaffheit des Pylorus nicht absolut ist. Es ist ersichtlich, daß durch diese Methode die Diagnose des Pylorospasmus sehr gefördert wird; Verf. notiert eine fast konstante Verbindung desselben mit Kardiospasmus. Fehlschlagen des Verfahrens führt zur Vermutungsdiagnose von Pylorusstenose, dabei ist aber Bewältigung der Technik der Pylorussondierung vorausgesetzt; hier ist von Bedeutung, daß die Entfernung des Pylorus von der Mundöffnung bei Neugeborenen 20 cm, ein Jahr später 25 cm beträgt, die Einklemmung muß demnach den erwähnten Zahlen entsprechen.

Die Pylorussondierung scheint die ideale Behandlungsmethode des Pylorospasmus darzubieten, erstens durch die Dilatation, zweitens durch die Ermöglichung der Duodenalfütterung; gleichzeitig erfolgt die Besserung des vorhandenen Kardiospasmus. Wir haben durch diese geistreiche Untersuchung gewiß eine diagnostische und therapeutische Bereicherung erhalten. Wachenheim.

Max Klotz. *Die Bedeutung der normalen Darmflora.* (Nach einem am 23. Februar 1912 im med.-naturwissenschaftlichen Verein zu Straßburg gehaltenen Vortrage.) (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 19.)

Eine kritische Zusammenstellung der gegenwärtig in der internen Medizin geltenden Anschauungen mit besonderem Hinweise auf die von der Pädiatrie zu der Frage gelieferte Arbeit.

Keller.

Stickel. *Untersuchungen an menschlichen Neugeborenen über das Verhalten des Darmepithels bei verschiedenen funktionellen Zuständen.* (Arch. f. Gyn., XCII.)

Im Darmepithel menschlicher Embryonen und in den Chylusbahnen der Darmwand läßt sich in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft durch Flemmingsche Lösung Fett in Form allerfeinster Tröpfchen nachweisen. Verf. glaubt, daß dieses Fett aus dem Darmlumen aufgenommen wird und aus dem mit dem Fruchtwasser verschluckten Hauttalg des Fötus stammt. Es würde also schon um diese Zeit eine Resorption stattfinden. In den Zottenepithelien der lebend geborenen und genährten Säuglinge sind die Fetttröpfchen größer, aber auch nur selten zu finden. Resorptionsbilder, wie sie Altmann und Krehl beschrieben haben, fanden sich nicht. Ebenso war es beim Hunde. Für die korpuskuläre Aufnahme des Fettes ergaben sich also keine Anhaltspunkte. Ebensowenig ließen sich Beziehungen zwischen den Fetttröpfchen und den Granula im Sinne Altmanns

feststellen. Die Anordnung derselben ließ beim menschlichen Neugeborenen 2 Typen unterscheiden. In der ruhenden Zelle sind sie klein, liegen dicht beieinander und sind gleichmäßig über die ganze Zelle verteilt. Während der Resorption sind sie von verschiedener Größe, liegen weniger dicht und lassen eine Zone unmittelbar unter dem Stäbchen kaum frei. Es findet ein nach der Zellbasis fortschreitender Granulaschwund statt, der sich noch besser beim Hunde studieren ließ. Zusammenhänge zwischen dem Verhalten der Granula im Darmepithel und in der Leber konnten nicht nachgewiesen werden.

Hohlfeld (Leipzig).

Rosemann. *Über den Gesamtchlorgehalt des menschlichen Fötus.* (Pflügers Arch., CXLII, 1911, S. 459.)

Ein menschlicher Fötus (Nr. IV) von 111 g Gewicht und 18 cm Länge enthielt 0·2796 g Cl = 0·252% Cl. Orgler.

Albert Niemann. *Die Kalkbilanz eines künstlich genährten Säuglings.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV, S. 533—539.)

Verf. beobachtete gelegentlich eines zu anderen Zwecken ausgeführten Stoffwechselversuches an einem rachitisfreien Säugling, daß der Übergang von der Ernährung mit Magermilch zu gleichen Mengen Vollmilch die Kalkbilanz nicht ungünstig beeinflußte. Das ist natürlich kein Beweis gegen die Möglichkeit einer Schädigung des Kalkstoffwechsels durch Fettzufuhr. Wo schon die in der Vollmilch enthaltenen Fettmengen zu Kalkverlusten vom Organismus führen sollen, muß eine pathologische Disposition des Kindes vorhanden sein — nicht alle Kinder werden ja rachitisch bei Ernährung mit Vollmilch! H. Vogt.

Heinrich Schlacht. *Über experimentelle Eosinophilie nach parenteraler Zufuhr artfremden Eiweißes und über die Beziehungen der Eosinophilie zur Anaphylaxie.* (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm., LXVII, 1912, S. 137.)

Beim Menschen, namentlich bei Kindern, tritt nach parenteraler Injektion artfremden Serums (Diphtherieserum) eine Eosinophilie auf. Injiziert man Meerschweinchen wiederholt artfremdes Serum, so tritt eine Eosinophilie auf; bei arteigenem Serum dagegen nicht. Der Hypereosinophilie geht eventuell eine Hypoeosinophilie voraus; auch verstreicht bis zum Auftreten der Hypereosinophilie eine gewisse Zeit (Inkubationszeit der Hypereosinophilie). Die Hypereosinophilie wird durch das genuine Eiweiß des Serums hervorgerufen, das auch in seinem Abbauprodukte bis zu den Peptonen Hypereosinophilie bewirkt; Aminosäuren, eiweißarmer Aszites, Ringersche Lösung dagegen sind unwirksam. Verf. sieht in dem Auftreten der Eosinophilie eine Schutzreaktion des Körpers auf artfremdes Eiweiß oder auf die bei abnormem Zerfall arteigenen Eiweißes sich bildenden toxischen Abbauprodukte. Orgler.

H. Neumann. *Die Dicke des Fettpolsters bei Kindern:* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV, S. 481—488.)

Verf. empfiehlt, zur Beurteilung des Ernährungszustandes die Dicke einer in bestimmter Weise aufgehobenen Hautfalte am Bauch zu messen. Als normale Schwankungsbreite betrachtet er bei Knaben von 4 bis 13 Jahren und Mädchen von 4 bis 7 Jahren Werte von 4 bis 7 mm und bei Mädchen von 8 bis 10 Jahren 6 bis 12 mm, bei solchen von 11 bis 13 Jahren 7 bis 15 mm. Zu berücksichtigen wäre, daß vielleicht schon unter normalen Verhältnissen, sicher aber beim kranken Kinde, die Verteilung des Fettes auf die einzelnen Körperregionen ganz verschieden sein kann. H. Vogt.

Czerny (Straßburg). *Atrophy of infants.* (Säuglingsatrophie.) (Americ. Journ. Dis. Children, März 1912.)

Verf. unterscheidet 3 Typen der Atrophie: erstens solche infolge der exsudativen Diathese, zweitens die bei Kindern neuro- respektive psychopathischer Eltern, bei denen die erfolgreiche Behandlung bedeutend schwieriger fällt. Bei der dritten Gruppe spielt die Salzretention eine Hauptrolle, die Kinder entwickeln leicht Hydrops. Alle 3 Gruppen sind durch Wachstumsstillstand gekennzeichnet, denn dieser bildet das essentielle Merkmal der Atrophie, leider ist das Wesen des Nährschadens noch recht unklar. Bei der Therapie müssen wir daher noch immer mehr weniger empirisch herumtasten, dabei aber vor Auge halten, daß ein großer Bruchteil dieser Fälle der Heilung zugänglich ist. Wachenheim.

Francis H. Mc Crudden. *Chemische Studien über intestinalen Infantilismus. I. Endogener Stoffwechsel: Kreatinin, Kreatin, Harnsäure.* (Journ. of. exper. med., XV, S. 107—112.)

Verf. hatte Gelegenheit, Stoffwechseluntersuchungen auszuführen an 3 Patienten mit intestinalem Infantilismus, die im Alter von $5^1/_2$ respektive 10 und 17 Jahren standen. Bei einer fleischfreien, im wesentlichen aus Milch, Eiern, Brot und Reis bestehenden Kost zeigte die Kreatininausscheidung ziemlich große Schwankungen an den einzelnen Tagen. Für die Höhe der Kreatininausscheidung im Verhältnis zum Körpergewicht gibt es keine Vergleichsdaten von gleichaltrigen normalen Individuen, doch scheint sie nach den bei einem 13jährigen gesunden Knaben beobachteten Daten stark herabgesetzt zu sein. In allen drei Fällen wurde Kreatin im Harn ausgeschieden trotz fleischfreier Nahrung. Während die Kreatinausscheidung, wie sie bei Störungen im Kohlehydratstoffwechsel auftritt, durch Kohlehydratzufuhr unterdrückt wird und durch Fettzufuhr unbeeinflußt bleibt, konnte bei den Fällen von intestinalem Infantilismus durch Steigerung des Fettgehaltes der Nahrung die Kreatinausscheidung stark herabgesetzt werden, während dies durch vermehrte Zufuhr von Kohlehydrat nicht sicher gelang. Die Toleranzgrenze für Zucker war bei den Patienten herabgesetzt. Die endogene Harnsäureausscheidung bildete keine konstante Größe, sondern schwankte zuweilen sogar von Tag zu Tag. H. Vogt.

F. H. Mc Crudden und **H. L. Fales.** *Chemische Studien über intestinalen Infantilismus. II. Verhältnis des endogenen zum exogenen Stoffwechsel: Verteilung von Stickstoff und Schwefel und kalorimetrische Untersuchungen.* (Journ. of exper. med., XV., S. 113—118.)

Die Untersuchungen wurden an 3 Patienten mit intestinalem Infantilismus ausgeführt und zur Kontrolle dienten Beobachtungen an einem gesunden 11jährigen Knaben. Die Stickstoffausscheidung durch den Harn der Patienten war niedrig, während die Stickstoffverteilung im Harn keine Abweichung von der Norm zeigte. Obwohl gelegentlich bei einem der Patienten Azeton in der Atemluft gefunden worden war, lieferte der Ammoniakkoeffizient keinen Anhaltspunkt für die Annahme einer Azidose. Der Gehalt des Harnes an Ätherschwefelsäuren war leicht erhöht, was vielleicht auf eine leichte Steigerung der Darmfäulnis infolge geschädigter Resorption bezogen werden kann. Die gesamte Wärmeabgabe bewegte sich innerhalb normaler Grenzen. Nach 18stündiger Nahrungsenthaltung wurde ein respiratorischer Quotient von 0·79 gefunden, ein Beweis, daß der Glykogenvorrat des Organismus noch nicht aufgebraucht war.

H. Vogt.

Variot et **Morancé.** *Variations, sous l'influence de la ration alimentaire, du perimètre (sus-ombilical) chez les nourissons atteints d'ectasie abdominale.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 120.)

Aus klinischen Beobachtungen stellen die Verff. das Folgende fest:

Der Bauchumfang künstlich ernährter gesunder Säuglinge ist größer als der von Brustkindern. Die Hauptursache ist das Luftschlucken bei der Ernährung mit der Flasche. Dies stellt sich speziell bei unterernährten Säuglingen ein. Die Unterernährung spielt bei der Entstehung des zu großen Bauchumfanges auch eine größere Rolle als die Ernährungsstörungen und die Magen- und Darmerkrankungen der verschiedensten Herkunft. Gibt man solchen Kindern ausreichende, große Nahrungsmengen und -portionen, die nicht nach dem Gewicht, sondern nach dem Alter der Kinder zu bemessen seien, so vermindert sich der Bauchumfang rasch. In der an diesen Vortrag anschließenden Diskussion betont im Gegensatz hierzu Marfan die Bedeutung der Rachitis für das Zustandekommen gewisser Formen des aufgetriebenen Leibes.

R. Weigert.

Klinik der Kinderkrankheiten.

M. Kassowitz. *Über Rachitis. II. Osteochondritis rachitica.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV, SS. 194—213, 334—349, 489—505, 581—600.)

Kassowitz hat vor längerer Zeit eine Theorie der Rachitis aufgestellt und begründet, wonach die Ursache des rachitischen

Erkrankungsprozesses in letzter Linie in abnorm gesteigerter Gefäßentwicklung und Hyperämie besteht an denjenigen Stellen des Skeletts, wo das intensivste Wachstum erfolgt. Seine Theorie ist von der Mehrzahl der Rachitisforscher abgelehnt worden, die sich alle der abweichenden Anschauung Pommers angeschlossen haben. Gegen die Pommerschen Ansichten polemisiert Kassowitz in äußerst ausführlicher Weise mit dialektischem Geschick, doch nicht ohne Animosität, wobei er sich, abgesehen von seinen früheren Untersuchungen, auf ein „in mancher Beziehung ergänztes und wesentlich erweitertes Material" stützen kann. Es ist nicht möglich, seine Ausführungen im einzelnen hier wiederzugeben, zumal es sich weniger um die Darstellung von Befunden als um deren Deutung handelt.

H. Vogt.

Masakiyo Ogata. *Über das Wesen der Rachitis und Osteomalazie.* (Beiträge zur Geburtsh. u. Gyn., XVII, 1.)

Rachitis und Osteomalazie galten früher in Japan als selten. Verf. sah sie fast endemisch auftreten. Er hält beide Krankheiten für identisch. Über ihr Wesen erfahren wir nichts Neues.

Hohlfeld (Leipzig).

Motoi Oyamada. *Über Riesenkinder.* (Beiträge zur Geburtsh. u. Gyn., XVII, 1.)

In den Jahren 1885 bis 1910 wurden in der Münchener Frauenklinik 34.859 Kinder geboren, darunter 932 Riesenkinder, d. h. Kinder, deren Gewicht 4000 g und darüber betrug. Das höchste Gewicht hatte ein Kind mit 5500 g. Die Geburt verlief in 92, 38% der Fälle spontan, ein Prozentsatz, welcher dem der Kinder unter 4000 g nicht nachsteht. Den Grund dafür sieht Verf. darin, daß sich bei den Müttern dieser Kinder selten ein enges, häufig ein sehr weites Becken fand. Das mag auch die Entwicklung der Kinder beeinflußt haben. Die Eltern waren meist groß und kräftig, die Mütter Mehrgebärende im Alter von 20 bis 30 Jahren. Die Schwangerschaft dauerte durchschnittlich 282 bis 299 Tage. Hohlfeld (Leipzig).

Evarts A. Graham. *Die Pathogenese der hämorrhagischen Erkrankungen der Neugeborenen.* (Journ. of exper. med., XV, S. 307—329.)

Verf. möchte alle die Erkrankungen bei Neugeborenen, welche durch die Neigung zu Blutungen, zu Ikterus und zu fettiger Degeneration der Organe gekennzeichnet sind, unter einen gemeinsamen Gesichtspunkt stellen, den des Sauerstoffmangels. Als Stütze für diese Auffassung dienen ihm Versuche, die an trächtigen Tieren (Meerschweinchen, Kaninchen, Hunden, Katzen) ausgeführt wurden. Durch wiederholte Chloroformierung der Muttertiere kam es meist zu Abort oder zum Tod der Tiere und die Untersuchung ergab Veränderungen, die zuweilen ausschließlich in fettiger Degeneration bestanden, in anderen Fällen daneben in Ikterus oder in fettiger Degeneration mit Blutungen, und in wieder anderen Fällen fand sich

sowohl fettige Degeneration wie Blutungen und auch Ikterus, manchmal noch verbunden mit Magengeschwüren. Im selben Sinne wie Chloroform würden nach Ansicht des Verfassers andere toxische Substanzen wirken können. H. Vogt.

Slingenberg. *Über Hämolyse in Beziehung zum Icterus neonatorum.* (Arch. f. Gyn., XCIII.)

Die Resistenz der roten Blutkörperchen hypotonischen Kochsalzlösungen gegenüber nimmt bei ikterischen Neugeborenen in den ersten Tagen nach der Geburt stärker zu als bei nicht ikterischen. Das spricht gegen den hämatogenen Charakter des Icterus neonatorum.

Hohlfeld (Leipzig).

Poignard. *Epidemisches Auftreten von katarrhalischem Ikterus.* (Brit. med. Journ., Nr. 2663.)

In einem kleinen Dorf traten 10 Fälle von Ikterus bei Kindern von 6 bis 12 Jahren auf. Dem Einsetzen des Ikterus ging in jedem Fall eine leichte Pharyngitis voraus.

Philippson (Frankfurt a. M.).

V. Salle. *Ein Fall von angeborener abnormer Größe der Extremitäten mit einem an Akromegalie erinnernden Symptomenkomplex.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV, S. 540—550.)

Bei einem Säugling, der im Alter von $2^1/_2$ Monaten unter den Symptomen eines angeborenen Herzfehlers starb, waren schon im Leben die auffallende Größe der Nase, der Finger und Zehen und der Zunge aufgefallen. Das Verhältnis der einzelnen Körperteile zur Körperlänge entsprach etwa dem, wie es bei einem 2jährigen Kinde zu erwarten gewesen wäre. Die Obduktion deckte eine Erweiterung des Türkensattels und eine die Hypophyse verdrängende Exostose der knöchernen Schädelbasis auf. An der Hypophyse selbst bestanden keine charakteristischen Veränderungen gegen die Norm, nur schien sie im ganzen etwas vergrößert zu sein. Verf. vermutet, daß die Störungen im Wachstum in einer Hypersekretion der Hypophyse ihren Grund gehabt hätten. H. Vogt.

Hertz. *Kongenitale Dyschezie.* (Brit. Journ. of child. Diseases, IX, Nr. 100.)

Der Eintritt von Fäzes in das Rektum veranlaßt bei Neugeborenen reflektorische Defäkation und bei älteren Kindern und Erwachsenen ein Gefühl der Fülle, das den „Stuhldrang" darstellt. Da das Rektum unempfindlich gegen taktische und chemische Reize ist, so ist der Stuhldrang eine Form von Muskelsinn, der von der Dehnung des Rektums abhängt, die bei der Passage der Fäzes durch die pulvirektale Fluxur eintritt. Wenn dem Stuhldrang nicht Folge geleistet wird, so verschwindet er infolge einer Abschwächung des Muskeltonus, die durch Dehnung der Rektalwände nach kurzer Zeit eintritt. Alle Fälle von Verstopfung können in zwei Kategorien eingeteilt

werden: Bei intestinaler Obstipation ist die Beförderung der Fäzes durch den Darm verlangsamt, dagegen ist die Defäkation normal. In der zweiten Kategorie, für die Hertz den Namen Dyschezie braucht, findet keine Verzögerung der Ankunft der Fäzes in das Beckenkolon statt; dagegen ist die Endentleerung gestört. Eine Art der Dyschezie hängt von einer kongenitalen Schwäche des Muskelsinns des Beckens ab. In einer milden Form ist dieselbe häufig bei Säuglingen, bei denen schon die Einführung eines Fingers oder eines Seifenstückes in das Rektum einen adäquaten Reiz darstellt. In der Mehrzahl der Fälle entwickelt sich der Mukelsinn, wenn das Kind älter wird. Doch bildet kongenitale Schwäche oder Mangel des rektalen Muskelsinns gelegentlich den Ursprung einer lebenslänglichen Dyschezie. Das Rektum ist dauernd mit Fäzes angefüllt. Bei schwereren Fällen von Obstipation bei Säuglingen und Kindern, bei denen Diät, Abführmittel und Massage nichts helfen, ist immer an Dyschezie zu denken. In zweifelhaften Fällen hilft die Röntgenuntersuchung. Je nach dem Alter des Kindes werden 1 bis 2 Unzen Wismut (1 —2 × 28·35 g) mit dem Frühstück gegeben, nachdem der Darm durch Klystier entleert ist. Das Beckenkolon wird zur normalen Zeit erreicht und nach zirka 24 Stunden sieht man fast das gesamte Wismut in dem gedehnten Rektum. Die Dyschezie führt bald zu sekundärer Retention der Fäzes im Beckenkolon und in schweren Fällen in noch höheren Darmabschnitten, da, wenn keine Klystiere gegeben werden, das Rektum nie leer wird und keinen Raum für die retinierten Stuhlmengen hat. Durch Reizung kann es zu katarrhalischer Kolitis kommen. Therapeutisch ist folgendermaßen vorzugehen: Sind die Stuhlmengen sehr hart, so wird Paraffinum liqu. gegeben. Das Kind wird jeden Morgen zur Entleerung angehalten, ob Stuhldrang vorhanden ist oder nicht. Bleibt der Erfolg aus, so wird ein Glyzerinklystier gegeben: am ersten Tage eine Unze Glyzerin; am nächsten Tage wird eine halbe Drachme Glyzerin durch Wasser ersetzt, und so allmählich immer mehr verdünnt, bis schließlich nur Wasser eingeführt wird. Auch dieses wird schließlich entbehrlich. In manchen Fällen wirken Wasserklystiere von Beginn an besser; ihre Menge wird dann allmählich verringert.

Philippson (Frankfurt a. M.).

G. Variot. *Hémiatrophie congénitale de la face et de la langue gauche. Absence du muscle sterno-cléido-mastoïdien et hernie cervicale du poumon du même côté.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 114.) R. Weigert.

French. *Mediastinale Ursachen für chronischen Husten bei Kindern.* (Lancet, II, Nr. 11, 1911.)

Tuberkulöse Schwellung von Mediastinaldrüsen findet sich häufiger unter dem rechten als unter dem linken Hauptbronchus. Sie bewirkt oft eine Verlagerung des rechten N. phrenicus, die wahrscheinlich zu einer Reizung desselben und infolgedessen zu Hustenanfällen führt.

Beschreibung eines Falles von hartnäckigem Husten bei einem sonst gesunden und kräftig aussehenden 7jährigen Kinde ohne krankhaften, physikalischen Lungenbefund, bei dem durch das Röntgenbild eine rechtsseitige vergrößerte Hilusdrüse nachgewiesen wurde.

Auf Verlagerung und Dehnung des Phrenikus durch das hypertrophierte Herz sind wohl auch die quälenden Hustenattacken bei gewissen Herzerkrankungen zurückzuführen.

Philippson (Frankfurt a. M.).

Fabrikant. *Über die doppelseitige eitrige Pleuritis.* (Deutsche Zeitschr. f. klin. Chir., Bd. CVIII, S. 584.)

Die Erfahrungen an einem eigenen und 117 Fällen der Literatur zeigen: 1. Das beidseitige Empyem kommt im Kindesalter am häufigsten vor (über $^3/_4$ aller Fälle). 2. Ätiologisch kommt meist Pneumonie in Frage, doch kommen auch primäre Empyeme vor. 3. Die Sterblichkeit ist bei rechtzeitiger Operation nicht groß. 4. Man kann gleichzeitig beiderseits operieren, wenn der Zustand es verlangt, besser ist ein Intervall von einigen Tagen. 5. Der beidseitige Pneumothorax ist nicht gefährlich. 6. Die in dem selbstbeobachteten Falle bestehende Stimmbänderparalyse kann mangels einer Verschiebung des Herzens nicht durch Zerrung der N. recurrentes erklärt werden, eher wohl durch Kompression der Nerven und Venen durch die ödematös verdickte Pleura. Schiller (Karlsruhe).

Forbes und **Newsholme.** *Membranöse Rhinitis; ihre Beziehung zu Diphtherie und ihre Behandlung durch autogene Vakzine.* (Lancet, I, Nr. 5, 1912.)

Durch Beobachtung einer gemischten Schulinfektion wird gezeigt, daß membranöse Rhinitis, bei der positiver Diphtheriebazillenbefund besteht, nicht nur wieder Rhinitis, sondern auch Rachendiphtherie bei Individuen, die der Infektion ausgesetzt sind, hervorrufen kann. Die autogene Vakzinebehandlung „scheint" den Autoren einen deutlichen Einfluß auf die Abstoßung der Membranen zu haben. Eine Ausheilung der membranösen Rhinitis durch die Vakzinebehandlung trat in keinem der 3 Fälle ein.

Philippson (Frankfurt a. M.).

W. J. Moltschanoff. *Beobachtungen über v. Pirquets Tuberkulinreaktion bei akuten Infektionskrankheiten bei Kindern.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV, S. 435—451.)

Bei sämtlichen darauf geprüften masernkranken Kindern war die Pirquetsche Tuberkulinprobe während der Dauer des Ausschlages negativ, während nach Abblassen des Exanthems die Empfindlichkeit der Haut gegen Tuberkulin wiederkehrte. Bei Scharlachkranken zeigte sich meist das gleiche Verhalten, doch war bei einzelnen die Tuberkulinimpfung schon im Stadium des Exanthems erfolgreich. Bei Diphtherie wurde nur in seltenen Fällen die Reaktion unterdrückt, aber in etwa der Hälfte der Fälle war sie abgeschwächt. Auch die Serumkrankheit scheint das Auftreten der Reaktion ver-

hindern zu können, wenn sie mit Hautveränderungen einhergeht. Das Ausbleiben der Reaktion läßt sich nicht, wie einzelne Autoren angenommen haben, auf eine gleichzeitig bestehende Leukopenie zurückführen, denn die Impfung kann nach Verschwinden des Exanthems trotz andauernder Leukopenie erfolgreich sein. Das Eintreten der Reaktion und ihre Intensität ist sicher stark abhängig von der Beschaffenheit der äußeren Haut. H. Vogt.

Cowan, Fleming und **Kennedy.** *Herzblock bei Infektionskrankheiten.* (Lancet, Nr. 4614.)

Aus der Arbeit sei nur folgende Beobachtung hervorgehoben: Bei einem 10jährigen, an Diphtherie erkrankten Mädchen konnte an den 3 dem Tode vorausgehenden Tagen durch Kurvenzeichnung totaler Herzblock nachgewiesen werden: Die Vorhofkontraktionen betrugen 100 bis 110, die Kammerkontraktionen 46 bis 54 per Minute. Klinisch bestanden Herzverbreiterung, präkordiale und sehr frequente supraklavikuläre Pulsationen, Unreinheit des ersten und zeitweise Verdoppelung des zweiten Herztones. Der Puls war verlangsamt und variierte vielfach in der Zahl.

Die Autopsie der Herzens ergab folgenden Befund: Deutliche Dilatation; blasses Myokard. Leichte Dilatation der aurikulo-ventrikulären Klappen; die mikroskopische Untersuchung des Aurikuloventrikulärknotens und -bündels zeigte, daß der Knoten und der obere Teil des Bündels von einem akuten Entzündungsprozeß ergriffen waren. Die Kapillaren waren stark gefüllt; viele Zellanhäufungen waren vorhanden. Die Zellen waren meist mononukleär und hauptsächlich Lymphocyten. Das Bündel war an manchen Stellen diffus infiltriert, die einzelnen Fibren deutlich voneinander getrennt. An einer Stelle in der Mitte des Bündels fand sich ein größerer Knoten. Der untere Teil des Bündels und seine Ausläufer erschienen normal. Der Herzmuskel zeigte sowohl herdförmige wie diffuse interstitielle Entzündung.

Die Vagi wurden nach der zweiten Donnaggioschen Methode auf beginnende Degenerationsveränderungen untersucht, aber normal befunden. Philippson (Frankfurt a. M.).

Roberts. *Ein Fall von Tetanus; Heilung.* (Brit. med. Journ., Nr. 2666.)

Die Behandlung bestand in subkutanen Injektionen von Antitetanusserum und einer 10%igen Lösung von magnes. sulph. Ein klinisch ähnlich einsetzender Fall, der kurz vorher nur mit Serum behandelt worden war, war ungünstig verlaufen.

Philippson (Frankfurt a. M.).

Martin Kretschmer. *Die diagnostische Bewertung von Leukocyteneinschlüssen bei Scharlach.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 11.)

An dem Materiale der Straßburger Kinderklinik prüfte K. den Befund Döhles (Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. LXI) nach, der

bei zirka 30 Fällen von Scharlach das Vorhandensein von sehr verschieden geformten, kleinen, etwas schwächer als der Kern gefärbten Einschlüssen im Protoplasma der polynukleären Leukocyten feststellte. Verf. konnte gleichfalls bei einigen 30 Scharlachfällen ausnahmslos das Vorhandensein von 1 bis 5 oder 6 Einschlüssen im Leukocytenprotoplasma nachweisen. Die Einschlüsse kommen im Beginne der Erkrankung, bis zum 4. Tage etwa, in der großen Mehrzahl der Leukocyten vor. Im Verlaufe des Scharlachs nimmt ihre Zahl ab und allmählich verschwinden sie ganz.

Den Wert der Döhleschen Befunde sieht Verf. in ihrer praktischen Brauchbarkeit für die Diagnose zweifelhafter Fälle, da bei fast allen anderen Krankheiten als Scharlach die Einschlüsse fehlten. [In 70 Kontrollfällen nur 4 mal Einschlüsse vorhanden.]

Zur Darstellung der Einschlüsse brauchte K. fast ausschließlich die Mansonsche Färbung. Keller.

Kornél Preisich. *Bemerkung zu der vorstehend referierten Arbeit.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 16.)

P. hält die Gebilde wahrscheinlich für einen Bestandteil der Zelle, glaubt aber bestimmt behaupten zu können, daß ihnen für Scharlach weder eine diagnostische noch spezifische Bedeutung zukommt. Keller.

Iskender Ahmed. *Zur diagnostischen Bedeutung der Leukocyteneinschlüsse bei Scharlach.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 26.)

Die Kretschmersche Angabe, daß dem Vorkommen solcher Leukocyteneinschlüsse eine diagnostische Bedeutung zukomme, trifft nach des Verf. Untersuchungen nicht zu. Ihr Vorhandensein ist kein Beweis für Scharlach. Keller.

R. Fischl. *Scharlachfragen.* (Fortschritte d. Med., XXIX, Nr. 38.)

Kritische Stellungnahme zu den Arbeiten von Szontagh, Schick, Pospischill und Weiß. Hohlfeld (Leipzig).

Banks Raffle. *Schulschluß bei Masern.* (Lancet, I, Nr. 5, 1912.)

Bei einer Masernepidemie, die in 15 Infant Schools ausbrach, wurden vor und nach Schulschluß folgende Erkrankungsziffern festgestellt:

Zahl der Kinder	Zahl der masernfähigen Kinder	Zahl der Erkrankungen vor Schulschluß	Zahl der Erkrankungen innerhalb 14 Tagen nach Schulschluß
4470	1180	618	140

Zahl der Erkrankungen nach Ablauf der 14 Tage

75

Verf. sieht in diesen Zahlen den Beweis für die Wirksamkeit des Schulschlusses bei Masernepidemien.

Philippson (Frankfurt a. M.).

Aviragnet, Blechmann et **Huber.** *Un cas de gangrène embolique d'un membre consécutive à une angine diphtérique maligne.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 142.) R. Weigert.

Cumberledge. *Darreichung von Serum per os.* (Brit. med. Journ., Nr. 2637.)

Cumberledge gibt Antidiphtherieserum nur per os. Als Vorteile dieser Methode gibt er folgende an: Die Serumwirkung folgt prompt einige Stunden nach Verabreichung und hat sich in der Praxis des Autors vorzüglich bewährt.

Die Dosierung ist eine allmähliche. Cumberledge gibt zunächst 2000 bis 4000 Einheiten und gibt je nach Erfordernis 2 bis 4stündlich weitere Mengen. Meist stellt sich kurz nach der Serumeingabe fiaphorese, Abfall von Temperatur und Puls und tiefer Schlaf ein. Die Zuführung per os ist bei Kindern, deren Herz schon gefährdet ist, ein schonenderes Verfahren als die subkutane Injektion. Vermeidung von Serumkrankheit, die in keinem der per os behandelten Fälle auftrat, dagegen fast in jedem der wenigen Fälle, in denen Cumberledge das Serum subkutan applizierte.

In einem schweren Fall von Diphtherie und Toxämie wurden im Laufe von 6 Tagen 30.000 Einheiten in kleinen Morgen- und Abenddosen gegeben. Heilung. Philippson (Frankfurt a. M.).

Kerley. *The dietetic and general management of typhoid fever in children.* (Diätetische und allgemeine Behandlung des Typhus bei Kindern.) (Americ. Journ. Med. Sciences, März 1912.)

Verf. notiert die häufigen Nachteile der Milchdiät auch bei Kindern und rät gemischte Nahrung, besonders Zerealien, an; stickstoffreiche Nahrungsmittel werden nicht gut vertragen. Fett nur in geringer Quantität. Im ganzen soll die zugeführte Menge 60 bis 70 Kalorien pro Kilo Körpergewicht betragen, was auch öfter ausführbar ist. Hydrotherapie wird nur bei Unruhe empfohlen, da manche Kinder sich bei Temperaturen bis 40° C recht wohl befinden.

Wachenheim.

Thayer. *Dallas epidemic of meningitis.* (Meningitisepidemie zu Dallas.) (Texas State Journ. of Med., März 1912.)

Beschreibt die eben verlaufene schwere Epidemie im nördlichen Texas. Wachenheim.

Sophian. *A new method for controlling the administration of serum in epidemic meningitis.* (Neue Methode zur Kontrolle der Anwendung des Heilserums bei epidemischer Meningitis.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 23. März 1912.)

Verf. kontrolliert die Serumeinspritzung durch Messung des Blutdruckes; steigt dieser, so ist auszusetzen, denn weitere Einspritzung ist nicht gefahrlos. Die angewendeten Mengen sind selbstverständlich kleiner, wie sonst üblich ist, bei Säuglingen oft nur 2 bis 4 g, dabei waren die Erfolge so gut wie bei der massiven Dosierung und man vermißte die früher beobachteten unliebsamen Nebenerscheinungen.
Wachenheimer.

Henderson. *Malaria in an infant 5 months old, simulating v. Jaksch anaemia.* (Malaria bei einem 5monatigem Kinde unter dem Bilde einer v. Jakschschen Anämie.) (Med. Record, 16. März 1912.)

Charakteristische Ausbildung der pseudoleukämischen Säuglingsanämie bei Malaria. Plasmodien waren leicht nachweisbar; rapide Heilung mit Chinin. Wachenheim.

Bryan. *Behandlung mit spezifischem Antistreptokokkenserum bei einem Fall von Pyämie.* (Lancet, Nr. 4617.)

Bei einem Kinde von $2^1/_4$ Jahren entwickelte sich im Anschluß an die Lorenzsche Operation, die ohne Verletzung der Hautdecken verlief, eine schwere Pyämie, die, außer mit vielfachen chirurgischen Eingriffen mit verschiedenen Vakzinen zunächst ohne Erfolg behandelt wurde. Der behandelnde Chirurg infizierte sich bei einer Operation am Kinde; 24 Stunden nach der Infektion wurde er mit einer spezifischen Vakzine, die für das Kind vorbereitet worden war, behandelt, mit dem Effekt, daß die Lymphangitis sofort zurückging. Nun wurden dem pyämischen Kinde, das anscheinend in extremis war, 10 cm^3 Serum vom Blute des Arztes subkutan injiziert. Nach 3 Tagen sank die Temperatur allmählich zur Norm, das Allgemeinbefinden besserte sich, die Wunden, die fast einen Monat lang reaktionslos geblieben waren, fingen an zu granulieren und nach 3 weiteren Monaten kam das Kind geheilt zur Entlassung, allerdings mit Verlust des linken Femurkopfes und -halses, die sequestrierten.
Philippson (Frankfurt a. M.).

Hirokawa. *Über einen Fall von Prolaps der Harnblase bei Pertussis.* (Deutsche Zeitschr. f. klin. Chir., Bd. CVIII, S. 575.)

Blasenvorfall durch Pertussisanfälle bei 9monatigem mit Epispadie und Spaltbecken behafteten Mädchen. Reposition mißglückt. Schiller (Karlsruhe).

Saunders, Johnson, White and **Zahorsky.** *Pertussis vaccine as a curative and prophylactic agent.* (Pertussisvakzine als Heilmittel und Prophylaktikum.) (Pediatrics, März 1912.)

Verff. verwendeten eine vom Bordetschen Bazillus bereitete Vakzine. Aktive Immunität scheint bis zu 2 Jahren zu dauern. Die Behandlung der eingetretenen Infektion soll prompt stattfinden, aber scheint die übliche Therapie nicht ersetzen zu können; das Hauptgewicht wird demnach auf die Prophylaxe gelegt. Wachenheim.

A. Dietrich. *Über kongenitale Tuberkulose.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 19.)

Besprechung folgenden Falles: Eine Frau mit allgemeiner Aussaat von Tuberkulose, ausgehend von Lungenvenentuberkeln, bringt 3 Tage vor ihrem Tod ein frühgeborenes Kind zur Welt. In der Placenta ist zwar mikroskopisch Tuberkulose nicht festgestellt, doch die Anwesenheit von Tuberkelbazillen durch Antiforminverfahren nachgewiesen. Das Kind entwickelt sich, niemals mit der Mutter in Berührung gebracht, unter künstlicher Ernährung ganz gut, erliegt aber nach nahezu 3 Monaten einer schweren allgemeinen Tuberkulose.

Der Fall reiht sich den von Rietschel und Sitzenfrey beschriebenen an. Keller.

Johan Cronquist. *Erfahrungen über die Behandlung der Kindertuberkulose mit dem Kochschen Alttuberkulin.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV, S. 556—580.)

Verf. berichtet über Resultate der Behandlung mit Alttuberkulin, die außerordentlich günstig lauten. Seine Beobachtungen erstrecken sich auf 102 Kinder, wovon 77 Lungenerscheinungen aufwiesen. Zwar ließ sich bei einem kleineren Teil der Fälle die begonnene Tuberkulinbehandlung nicht durchführen, weil sich der Zustand unter der Behandlung verschlimmerte oder weil schon kleine Dosen Tuberkulin unerwünschte Reaktionen auslösten. Diesen gegenüber steht aber eine große Zahl Fälle, die Verf. als geheilt durch die Tuberkulinbehandlung ansieht. Bei 48 Kindern konnte die Heilung durch mindestens einjährige, bei einigen durch 3jährige Beobachtung erhärtet werden. Wenn diese Resultate zuverlässig wären, so würden sie natürlich stark zugunsten der Tuberkulinbehandlung ins Gewicht fallen. Bei einer Prüfung dieser Frage interessieren uns in erster Linie die Fälle von Lungentuberkulose, da ja die Knochen- und Gelenkstuberkulosen auch ohne spezifische Behandlung eine verhältnismäßig günstige Prognose geben. Da muß auffallen, daß Verf. die Diagnose Lungentuberkulose, abgesehen von der physikalischen Untersuchung, nur auf Grund des Ausfalls der Tuberkulinprobe gestellt hat. Nur in $^1/_{10}$ sämtlicher Fälle konnte er dabei eine Herdreaktion beobachten, indem Rasseln an Stellen auftrat, wo es vorher nicht zu hören gewesen war. Den Nachweis von Tuberkelbazillen scheint Verf. gar nicht versucht zu haben, wenigstens ist in der ganzen Arbeit nicht die Rede davon. Unter diesen Umständen halte ich es für durchaus möglich, daß ein erheblicher Teil der geheilten Fälle des Verf. niemals an Lungentuberkulose gelitten hat. Bei der Unsicherheit der Diagnose der Lungentuberkulose dürfen Schlußfolgerungen irgend welcher Art vorläufig nur auf solche Fälle aufgebaut werden, die durch den Bazillusnachweis in ihrer Natur sichergestellt sind. Übrigens ist auch der negative Ausfall der Pirquetschen Reaktion nach einer Tuberkulinbehandlung keineswegs ein Beweis für eingetretene Heilung; kann man doch beobachten, daß ein mit

Alttuberkulin immunisiertes Kind auf dieses zwar nicht mehr reagiert, wohl aber auf ein anderes Tuberkulinpräparat, wie z. B. das Biranecksche! H. Vogt.

P. F. Armand-Delille. *L'héliothérapie par la méthode de Rollier dans les tuberculoses chirurgicales.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 145.)

Der Vortr. ist ein begeisterter Anhänger der Freiluft- und Sonnentherapie der chirurgischen Tuberkulose und regt die Gründung einer Gesellschaft zur Erforschung und Propagierung dieser Methode an. R. Weigert.

Corner. *Tuberkulose der Mesenterialdrüsen bei Kindern.* (Lancet, I, Nr. 6, 1912.)

Corner, der über große chirurgische Erfahrung im Thomas-Hospital und im Great-Ormond-Street-Childrens-Hospital in London verfügt, behauptet, daß er bei fast jedem Kind, bei dem ein chirurgischer Eingriff im Abdomen nötig war, Tuberkulose der Mesenterialdrüsen gefunden hat. Die Häufigkeit dieses Befundes glaubt er durch folgende Deduktionen zu erklären: Die gleichmäßig in der Wandung des Dünndarmes angeordnete Längsmuskulatur dient zur Weiterbeförderung von flüssigem Darminhalt, die in 3 Bündeln angeordnete Längsmuskulatur des Dickdarms der weniger gleichmäßigen Fortbewegung von festen Massen. Da der Übergang der einen Muskulatur in die andere kein allmählicher, sondern ein unvermittelter, an der Ileozökalklappe ist, muß auch der Funktionswechsel sich örtlich streng begrenzt vollziehen, d. h. die Eindickung des Darminhaltes findet statt, während derselbe eine Zeitlang im Zökum stagniert. Während dieser Pause in der Weiterbeförderung des Darminhaltes vom Zökum aus vollzieht sich in dem alkalischen Milieu des Zökum eine starke Vermehrung des Bakteriengehaltes, der durch bakteriologische Untersuchungen festgestellt ist. Um den Träger nun gegen die Gefahren einer Infektion von dieser Stelle aus zu schützen, befindet sich in der Ileozökalgegend eine Anhäufung von lymphoidem Gewebe, so auch im Appendix. Bleiben nun in diesem „Ileozökalkampf" die Mikroorganismen Sieger über das lymphoide Gewebe, so resultieren Appendizitis, Kolitis oder infizierte Mesenterialdrüsen. Corner ist davon überzeugt, daß die Lymphgefäße der Ileozökalgegend die große Eingangspforte der Tuberkulose vom Darm aus in den übrigen Körper hinein darstellen und daß die Mesenterialdrüsentuberkulose hier ihren Ursprung hat. Klinisch finden sich bei diesen Kindern außer schlechtem Allgemeinbefinden Abdominalschmerzen, die in die Nabelgegend verlegt werden. Die Schmerzen treten nachts auf, manchmal auch nach der Nahrungsaufnahme. Appetitlosigkeit ist dabei häufig von träger Verdauung begleitet, seltener von Durchfällen. Bei derartigen Kindern, die also an chronischem schlechten Allgemeinbefinden, vagen Abdominalsymptomen und Unbehagen litten, hat Corner häufig eine ex-

plorative Laparotomie vorgenommen und jedesmal tuberkulöse Mesenterialdrüsen und einen etwas dilatierten, aber sonst nicht krankhaft veränderten Appendix mit Fäkalinhalt, gefunden. Therapie: Entfernung des Appendix; nach 2 bis 3 Wochen wird der Patient in ein Landerholungsheim geschickt und in 90% der Fälle tritt rapide und deutliche Besserung ein. Also: In jedem Fall der bei Kindern sehr häufig bestehenden Mesenterialdrüsentuberkulose soll die Entfernung des Appendix die Einleitung zu jeder anderen Behandlung sein. Philippson (Frankfurt a. M.).

Tubby. *Indikationen für chirurgische Eingriffe in der Behandlung tuberkulöser Gelenkerkrankungen bei Kindern.* (Lancet, I, Nr. 1, 1912.)

Tubby ist strikter Anhänger konservativer Behandlungsmethoden bei kindlicher Gelenktuberkulose. Den Wechsel der diesbezüglichen Anschauungen innerhalb der letzten 10 Jahre definiert er folgendermaßen: „Während früher die Affektion als einfache Gelenkerkrankung angesehen und als solche behandelt wurde, betrachten wir sie jetzt als Ausdruck einer verminderten Widerstandskraft des Patienten gegen eine tuberkulöse Invasion, die sich als Entzündung und Degeneration von einem oder mehreren Gelenken manifestiert." Bei Kindern ist die allgemeine Widerstandskraft größer als die lokale Abwehr (Ausbleiben der Bildung dichter fibröser Abkapselung in den schnell wachsenden kindlichen Geweben). Als Heilfaktoren kommen vor allem klimatische Behandlung und geeignete Stützapparate für die erkrankten Gelenke in Betracht. Tubby befürwortet die systematische Kontrolle der Diagnose und Behandlung durch Röntgenaufnahmen. Auf diese Weise konnte er unter anderem das häufige Auftreten primärer oder mit Erkrankung des Femurkopfes kombinierter Azetabulartuberkulose feststellen.

Für Radikaloperationen bei Kindern kommen eigentlich nur zwei Gelenke in Betracht: einmal Tuberkulose des Schultergelenkes, da sie häufig zu Erkrankung der Lungenspitze führen soll. Zweitens tuberkulöse Daktylitis, die öfter durch Spinalerkrankung kompliziert ist als die Erkrankung größerer Gelenke und außerdem unverhältnismäßig oft zu allgemeiner Tuberkulose führt. Aber auch bei Erkrankung dieser Gelenke soll zunächst konservative, klimatische Behandlung versucht werden. Philippson (Frankfurt a. M,).

J. Vas. *Die weiteren Entwicklungs- und Gesundheitsverhältnisse der mit Lues congenita behafteten Kinder.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV, S. 452—480.)

Die im ersten Lebensjahr an Lues behandelten, an der Brust ernährten Säuglinge erreichten meist nicht das Körpergewicht von luesfreien Brustkindern. Bei der in Darreichung von Kalomel, bei Rezidiven in Einreibung mit Quecksilbersalbe bestehenden Behandlung wurde in $^2/_3$ der Fälle das Auftreten von Rezidiven beobachtet. Rachitis stärkeren Grades entwickelte sich bei $^1/_3$ der Kinder.

Stärkere Störungen der geistigen Entwicklung wurden nicht beobachtet, dagegen fanden sich bei $^1/_3$ der Kinder mit hereditärer Lues Zeichen eines minderwertigen Nervensystems, wie Pavor nocturus, habitueller Kopfschmerz, Enuresis nocturna usw. Ob eine trichterförmige Einstülpung der Haut oberhalb der Anusöffnung bei hereditärluetischen Kindern öfter vorkommt als bei anderen, bleibt unentschieden. Die von Hutchinson beschriebenen Veränderungen an den Zähnen wurden nicht beobachtet. H. Vogt.

Böhm (Berlin). *Über mechanische Deformitäten.* (X. Kongreß d. D. G. f. orthop. Chir., 1911.)

Klinische und experimentelle Beobachtungen ergeben 1., daß unter längerer permanenter Einwirkung abnormer Druckverhältnisse der gesunde wachsende Knochen die ihm von außen aufgezwungene Form annimmt, daß aber 2. die nur temporäre Einwirkung abnormer Druckverhältnisse in der Regel keine Formveränderung des gesunden wachsenden Knochens erzeugt. Demnach, folgert Böhm, ist die Bezeichnung „Belastungsdeformitäten" aufzugeben.

Auch die intrauterinen Belastungsdeformitäten, die allein wirklich anzuerkennen sind, würden besser intrauterine mechanische Deformitäten genannt. B. Lange (Straßburg i. E.).

Wollenberg (Berlin). *Die Behandlung der mobilen Skoliose.* (X. Kongreß d. D. G. f. orthop. Chir., 1911, S. 135.)

Wollenberg wendet als zuverlässiges Mittel zur Kontrolle der therapeutischen Bestrebungen bei Skoliose die Röntgendurchleuchtung an. Der Patient muß in stehender Haltung mit stets gleichem Fokusabstand und stets gleicher Einstellung aufgenommen werden. Hierzu hat Wollenberg den Langeschen Zeichenrahmen entsprechend mit Kassette versehen. Zur Behandlung wählt er die mobilen Skoliosen, da sie ja am ehesten Aussicht auf Erfolg geben. Es soll möglichst dauernd im Sinne einer Überkorrektur auf die Wirbelsäule gewirkt werden. Dabei soll die Funktion, d. h. die Belastung und Bewegung derselben nicht ausgeschaltet sein. Er erreicht dies mit seinen sogenannten Segmentkorsetts, welche nach Umkrümmung eines jeden skoliotischen Segmentes aus Zelluloid oder Leber hergestellt werden. Bei S-förmiger Skoliose werden also zwei völlig voneinander getrennte Apparate angelegt, von denen der eine das Dorsal- der andere das Lumbalsegment umkrümmt. Außerdem werden nach Bedarf Detorsions- und Pelottenzüge angewandt. Durch Röntgenbilder wird die gute Wirkung dieser Behandlungsmethode belegt.

B. Lange (Straßburg i. E.).

Hohmann (München). *Hüftschaukelsitz zur Behandlung der Lumbalskoliose und Lumballordose.* (Zentralbl. f. chir. u. mech. Orthop., Bd. V, S. 345.)

Das Prinzip dieses einfachen Redressionsapparates ist: Eine Senkung der einen Beckenhälfte durch aktive Arbeit des Patienten

ausführen zu lassen. Dementsprechend ist der um eine mittlere horizontale Achse drehbare Sitz mit einer unter ihm an einer Seite angebrachten und auswechselbaren Feder versehen. Um nun eine Senkung der einen Beckenseite zu erzielen, müssen die Muskeln kräftig angespannt werden, daß sie die Wirkung der Feder überwinden. Es wird auf diese Weise eine sehr kräftige Abbiegung der Wirbelsäule erzielt, und zwar handelt es sich um eine aktive Korrekturübung. Mittels eines einfachen auswechselbaren Keilpolsters kann das Becken auch etwas um die Längsachse gedreht und somit detorquirend auf die Wirbelsäule gewirkt werden.

Bei Lumballordose sitzt der Übende so, daß er das Becken nach hinten senken muß und auf diese Weise eine Lumbalkyphose entsteht. B. Lange (Straßburg i. E.).

Lindemann (München). *Die Frühbehandlung der rachitischen Beindeformitäten, insonderheit des O-Beines durch Osteoklasie.* (Zeitschr. f. orthop. Chir., XXVIII, S. 196.)

Lindemann wendet zwischen 2. bis 4. Lebensjahr, wenn $^1/_2$ Jahr nach der ersten Untersuchung eine Neigung zur Spontanheilung nicht eingetreten ist, die Osteoklase zur Korrektur an. Es soll nur eine Infraktion erzeugt werden ohne Dislokation. Die Heilung erfolgt in 6wöchentlichem Gipsverband. Dann werden noch für $^1/_4$ bis $^1/_2$ Jahr Tag- und Nachtschienen getragen. Die Resultate sind, wie die zahlreichen Abbildungen zeigen, recht zufriedenstellende.

B. Lange (Straßburg i. E.).

Bibergeil (Berlin). *Über doppelseitigen angeborenen Schulterblatthochstand.* (Zeitschr. f. orthod. Chir., XXVIII, S. 104.)

Bibergeil konnte einen seltenen Fall von doppelseitigem angeborenem Schulterblatthochstand in der Joachimtalschen Poliklinik beobachten. Für den ausbleibenden Deszensus der Skapula können nach den bisherigen Beobachtungen als Ursache angesehen werden 1. abnorme Verbindungen zwischen medialem Schulterblattrand und den Wirbelkörpern, 2. primäre Muskeldefekte, 3. Entwicklungshemmungen im Bereich der Hals- und oberen Brustwirbelsäule.

Im vorliegenden Falle konnte mittels Röntgendurchleuchtung der Beweis erbracht werden, daß es sich um eine Defektbildung im Bereich der oberen Halswirbel handelte, so daß der 5. Halswirbel sich sofort am Hinterhaupt anschließt. Demnach ist der ausgebliebene Deszensus der Schulterblätter als Folgeerscheinung der Entwicklungshemmung anzusehen. B. Lange (Straßburg i. E.).

Pürkhauer (München). *Zur Lehre vom Pektoralisdefekt und Schulterblatthochstand.* (Münchener med. Wochenschr., Nr. 8, 1911.)

Pürkhauer beobachtete in der Langeschen Praxis einen Fall, bei dem neben angeborenem Defekt des Pect. minor und des kostalen Teiles des Pect. major Hochstand des rechten Schulterblattes vorhanden war. Dasselbe war bedeutend kleiner als das andere und der untere Winkel der Wirbelsäule stark genähert. Auf dieses Zusammen-

treffen hat Schlesinger zuerst hingewiesen. Pürkhauer erkennt in seinem Fall eine Bestätigung für die Froriepsche Auffassung, daß durch die Druckwirkung des gegen die Brust gepreßten stark flektierten Armes und der Faust im Uterus die Defektbildung veranlaßt worden sei. B. Lange (Straßburg i. E.).

Ad. Jalaguier et **L. Lamy.** *Torticolis congénital. Ténotomie sous-cutanée. Résultats 2, 3, 4, 6, 10 ans après l'intervention. Présentation de malades.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 140.)

Die Vortr. loben die Methode der subkutanen Resektion des M. sterno-cleido-mastoideus bei angeborenem Schiefhals und demonstrieren ihre Erfolge an vor Jahren operierten Patienten.

R. Weigert.

Roth. *Die Behandlung von Torticollis.* (Lancet, II, Nr. 9, 1911.)

Im Gegensatz zu anderen Autoren läßt Roth nach der Operation keinen die Stellung in Korrektion haltenden Apparat tragen, sondern beginnt nach 2 bis 3 Tagen mit passiven, nach 5 bis 6 Tagen mit aktiven Bewegungen, die 2mal täglich während 5 Minuten ausgeführt werden. Beschreibung der Bewegungen und nähere Angaben über 4 Fälle, in denen die vorgeschriebenen Bewegungen von 1 Woche bis zu 1 Jahre ausgeführt wurden und die alle zu einwandfreier Heilung kamen. Philippson (Frankfurt a. M.).

Joachimsthal. *Über Störungen in der periostalen und endochondralen Knochenbildung.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 17.)

Demonstration und Besprechung je eines Falles von Osteogenesis imperfecta und von Chondrodystrophia foetalis sowie einiger jugendlicher Patienten mit hochgradiger Neigung des Skeletts zu Verbiegungen und Infraktionen. Keller.

Brandes (Kiel). *Zur Madelungschen Deformität des Handgelenkes.* (Zeitschr. f. orthop. Chir., XXVIII, S. 392.)

Brandes beobachtete in einer Familie 3 Fälle von Madelungscher Deformität. Die Röntgenbilder zeigten bei allen dreien die Wachstumsstörungen in der Epiphysenlinie, welche Ewald als Grund für die Deformität ansieht. Die Heredität, das doppelseitige Vorkommen, das Überwiegen der Erkrankung beim weiblichen Geschlecht veranlassen ihn, mit Ewald einen kongenitalen Ursprung der Deformität anzunehmen. Er stellt die Erkrankung wie Pels-Leusden mit der Exostosis cartilaginea multiplex in Parallele, nur daß hier an Stelle einer Hemmungsbildung Wachstumsexzesse mit ihren Folgen auftreten. Rein traumatische und arthritische Zustände mit ihren Subluxationsstellungen sollten besser von dem Begriff der Madelungschen Deformität ausgeschlossen bleiben. Auf alle Fälle müssen noch verschiedene Ätiologien zugrunde liegen können, da ein professionelles Entstehen der Deformität selbst bei Erwachsenen noch möglich ist. B. Lange (Straßburg i. E.).

Springer (Prag). *Zur Kenntnis der Madelungschen Deformität des Handgelenkes.* (Zeitschr. f. orthop. Chir., XXIX, S. 216.)

Springer betont, daß die Form des Handgelenkes, wie sie der Madelungschen Deformität entspricht, ihr nicht spezifisch ist, sondern daß sie auf mehrere Arten entstehen kann. Er schlägt daher vor, die Bezeichnung „Gabelhand" einzuführen. Die Madelungsche Deformität umfaßt gegenwärtig als klinisches Krankheitsbild eine Gruppe der Fälle von Gabelhand, die spontan oder im Anschluß von Überanstrengungen sich entwickeln. Es liegt eine Verbiegung des Radius in seiner ganzen Länge zugrunde. Sie setzt sich zusammen aus einer Torsion um die Längsachse und einer Krümmung in zwei Ebenen mit ulnarer und volarer Konkavität. Torsion und Verkrümmung sind Veränderungen im Sinne der Pronation; pronierende Bewegungen ihre Ursache. Zu ihrem Zustandekommen ist ein Mißverhältnis zwischen Festigkeit des Radiusknochens und seiner Belastung bei Pronation anzunehmen. Spätrachitis, vorübergehende Herabsetzung des Kalkgehaltes am wachsenden Knochen, besonders während der Pubertät, und ferner Grazilität bei Tuberkulose kommen in Betracht. B. Lange (Straßkung i. E.).

G. Drehmann (Breslau). *Die Coxa vara.* (Ergebn. d. Chir. u. Orthop., II, S. 452.)

Zum Begriff der Coxa vara ist außer der Verminderung des Schenkelhalswinkels eine dauernde Adduktionsstellung des Oberschenkels mit Aufhebung der Abduktionsmöglichkeit zu fordern. Die Varusverbiegung kann durch Abbiegung des gesamten oberen Femurabschnittes von der Trochantergegend bedingt sein. Wir haben dann eine Coxa vara trochanterica. Oder die Abbiegung geschieht im Halsteil nach der Epiphysengegend zu als Coxa vara cervicalis. Er gibt folgende Einteilung:

A. Angeborene Coxa vara.

B. Erworbene Coxa vara.

1. Symptomatische Coxa vara (Rachitis, Osteomalazie, Tuberkulose, nach Einrenkung angeborener Hüftenverrenkung, Trauma.

2. Essentielle Coxa vara. Die sogenannte Coxa vara adolesc. statica.

Auf Grund interessanter Beobachtungen über eine Form des Oberschenkeldefektes mit Coxavarabildung in seiner Entstehung erklärt Drehmann die Coxa vara congenita als den ersten Grad des angeborenen Femurdefektes.

Bei der erworbenen Coxa vara handelt es sich stets um eine Coxa vara trochanterica, bei welcher der gesamte Hals mit dem Kopf in einer gleichmäßigen Biegung nach abwärts zum Schenkelschaft steht. Es sind dies die Fälle, bei welchen die Coxa vara als anatomischer Begriff aufzufassen ist, die Fälle der symptomatischen Coxa vara. Mit Recht lehnt Drehmann die Auffassung der nach Einrenkung der angeborenen Hüftverrenkung beobachteten Coxa vara, bei der

klinisch meist nicht die geringsten Krankheitserscheinungen bestehen, als echte Coxa vara ab. Es handelt sich hier um arthritische deformierende Prozesse, die entweder auf der durch lange Fixation verursachten Knochenatrophie beruhen oder durch funktionelle Anpassung asymmetrisch geformter oder unzweckmäßig zueinanderstehender Gelenkflächen erklärt werden können.

Über die Auffassung der Coxa vara adolesc. bestehen noch starke Gegensätze. Die einen wollen dieselbe mit Coxa vara traumatica zu einer untrennbaren Einheit verbunden wissen. Der Abriß der Kopfkappe ist nach Lorenz nur eine spezielle Form der Fractura colli fem. für das Jünglingsalter.

Andere, wie Hofmeister, sehen die Coxa vara static. adolec. als die einzige Form der echten Coxa vara an.

Drehmann nimmt einen mittleren Standpunkt ein. Er fand in seinen Fällen einseitiger Coxa vara adolesc. auf der gesunden Seite eine vermehrte Antetorsion des oberen Femurendes, wie sie sonst nur kindlichen Knochen eigen ist. Außerdem beobachtete er steilere und langausgezogene Schenkelhälse. Die abnorme Belastung dieser noch kindlichen Skeletteile bei der Arbeit oder leichtere Verletzungen bewirken nun ein mehr oder weniger akutes oder chronisches Abrutschen der Kopfepiphyse. Geringfügigkeit der Verletzungen und die Doppelseitigkeit sprechen gegen eine bloße traumatische Entstehung ohne prädisponierendes Moment. Weitere Beobachtungen frischer Fälle müssen die Frage definitiv klären. In bezug auf die Therapie empfiehlt Drehmann bei der Coxa vara adolesc. das unblutige Redressement, wie es auch Lorenz tat. Die trochantere Form ist am schnellsten und sichersten durch subtrochantere Osteotomie zu bessern oder zu heilen.

B. Lange (Straßburg i. E.).

Peltesohn (Berlin.) *Zur Ätiologie und Prognose der Coxa vara infantum.* (Zeitschr. f. orthop. Chir., XXVIII, S. 483.)

Der Verlauf der Epiphysenlinie im Röntgenbild ist kein Kriterium für die Differentialdiagnose zwischen angeborener und erworbener Form der Coxa vara. Fast alle Kinder des ersten Lebensdezenniums mit erworbener Coxa vara bieten Zeichen der Rachitis dar; neben dieser wirkt das Trauma als Entstehungsursache, doch selten allein. Peltesohn konnte bei 12 Fällen von Coxa vara der früheren Untersuchung eine spätere nachfolgen lassen.

Es ergab sich hierbei, daß eine Selbstheilung, wie bei sonstigen rachitischen Verkrümmungen, nur in ganz frühem Alter vorkommt, wenn keine Belastung stattfand. Je älter die Kinder bei Beginn des Leidens sind, um so ungünstiger ist die Voraussage; Restitution tritt niemals ein, stets Progredienz und Invalidität. Die spezielle Behandlung besteht bei frischen Schenkelhalsknickungen in Redressement und Gipsverband, im späteren Stadium ist dieselbe zu versuchen, doch dürfte eine Heilung der fertigen Deformität nur durch blutige Maßnahmen erzielt werden. B. Lange (Straßburg i. E.).

Preiser (Hamburg). *Coxavarabildung nach Hüftluxation und allgemeine Hypoplasie von Knochenkernen.* (Zeitschr. f. orthop. Chir., XXIX, S. 115.)

Nach wohlgelungener Reposition doppelseitiger Hüftluxationen trat später wieder watschelnder Gang auf. Das Röntgenbild zeigte Koxavarabildung und deutliche Rückbildung der zuerst normal angelegten Knochenkerne des Caput fem.

Ob hier nun Atrophie, Rachitis oder ein anderer Erweichungsprozeß des Knochens vorliegt, ist erst durch weitere Beobachtung solcher Fälle zu entscheiden. B. Lange (Straßburg i. E.).

Cassel (Berlin). *Die kongenitale Femurmißbildung.* (Zeitschr. f. orthop. Chir., XXIX, S. 129.)

Auf Grund von 34 teils aus der Literatur zusammengestellten, teils in der orthopäd. Universitätspoliklinik bei Joachimstal beobachteten Fällen kommt Verf. durch Studium der Röntgenbefunde zu dem Schluß, daß die Theorien von Reiner und Drehmann zu Recht bestehen. Bei dieser offenbar typischen Form der Verbildung handelt es sich nicht um einen reinen Oberschenkeldefekt, sondern neben der Hypoplasie des Femur um eine Vorstufe einer hochgradigen Coxa vara. B. Lange (Straßburg i. E.).

Grune (Köln). *Ein Beitrag zur Behandlung der Unterschenkelschaftbrüche, insbesondere der Bardenheuerschen Gewichtsexstension in Verbindung mit modifizierten Rückerschen Zügen.* (Zeitschr. f. orthop. Chir., XXIX, S. 1.)

Die Unterschenkelbrüche, insbesondere die Spiralbrüche ließen immer in bezug auf die Resultate zu wünschen übrig. Nach einer Kritik der verschiedenen Behandlungsmethoden nach Steinmann, Kirschner, Zuppinger, kommt Grune zu der ausführlichen Schilderung der Bardenheuerschen Gewichtsextension, welche in Kombination mit nach Grune modifizierten Rückerschen Zügen auf unblutigem Wege möglichst ideale Resultate ergibt. Bei Kindern im Alter bis zu 6 Jahren wird diese Extension deckenwärts an einem am Bett befestigten Galgen ausgeführt.

An der Hand von 35 ausführlich mitgeteilten Fällen ist an den Röntgenbildern das ideale Resultat zu ersehen.

B. Lange (Straßburg i. E.).

Henneberg und **Kirsch** (Magdeburg). *Der Plattfuß in der Volksschule.* (Zeitschr. f. orthop. Chir., XXVIII, S. 371.)

Bei der Untersuchung von 741 Kindern einer Volksschule fanden die beiden Autoren in den unteren Klassen 10 bis 13%, in den oberen Klassen 26 bis 27% plattfüßige. Der Prozentsatz nahm also von den niederen zu den höheren Klassen aufsteigend zu. Nach ihrer Ansicht ist die Rachitis die überwiegende Ursache des kindlichen Plattfußes. Schmerzhaftigkeit und Kontraktur kommen auch im Kindesalter nicht selten vor. Knickfuß fanden sie bei 46·1%, Ewald fand bei seinen Untersuchungen höhere Zahlen, d. h. Plattfuß

bei einem Drittel, Knickfuß bei drei Fünfteln aller Schüler. Beide Autoren schließen sich Ewalds Schlußfolgerungen an, daß der Plattfuß im Kindesalter entsteht als Pes valgus rachiticus, später wird er schmerzhaft und funktionsuntüchtig und stellt dann den Pes valgus staticus dar, der erst in der Pubertätszeit zum Arzt in Behandlung kommt. Es sollte frühzeitig durch geeignete Sohleneinlagen der späteren Ausbildung des Plattfußes entgegengearbeitet werden, und hierfür sollten die prophylaktischen Krüppelhilfsvereine neben den Kommunen eintreten.

B. Lange (Straßburg i. E.).

Meng (Heidelberg). *Die Rolle der langen Unterschenkelmuskeln in der Pathogenese, Prophylaxe und Therapie des Plattfußes unter besonderer Berücksichtigung des M. Flexor hallucis longus.* (Zeitschr. f. orthop. Chir., XXIX, S. 484.)

Meng kommt bei seinen Untersuchungen zu dem Resultat, daß in der Pathogenese des Plattfußes die langen Unterschenkelmuskeln in einzelnen Fällen eine Rolle, und zwar eine sekundäre spielen. Die Anschauung von der allgemeinen Muskelschwäche der Supinatoren beim Plattfuß widersprechen den klinischen, anatomischen und experimentellen Untersuchungsresultaten. Die Beschränkung der medialen Bewegungsbreite beim Plattfuß sei auf Atrophie des M. flexor hallucis longus zurückzuführen, was bisher viel zu wenig berücksichtigt sei. Bei der Prophylaxe des Plattfußes sei besonderes Gewicht auf die normale Abwicklung des Fußes zu legen und ganz besonders im Kindesalter. Neben rationellem Schuhwerk sind gymnastische Übungen in diesem Sinne stets zu versuchen. In der operativen Plattfußtherapie ist die Verstärkung des geschwächten M. flexor hallucis longus eine Methode, die weitere Beachtung verdient.

B. Lange (Straßburg i. E.).

Vulpius (Heidelberg). *Zur operativen Behandlung des angeborenen Klumpfußes.* (X. Kongreß d. D. G. f. orthop. Chir., 1911.)

Für eine Reihe ganz schwieriger Fälle von angeborenem Klumpfuß, wo Vulpius ein unblutiges modellierendes Redressement nicht für zum Ziele führend ansieht, hat er teils die Ogstonsche Exkochleation und teils die Talusexstirpation ausgeführt. Da nach der Ogstonschen Operation meist ein gut beweglicher Fuß erzielt wurde, was nach Exstirpatio tali um 30% weniger gelang, wird das erstere Verfahren im Alter von 1 bis 12 Jahren empfohlen.

B. Lange (Straßburg i. E.).

Peltesohn (Berlin). *Erfahrungen mit der subkutanen Arthrodese.* (Berliner klin. Wochenschr., 1911, Nr. 5.)

Die Erfahrungen mit der Badeschen Knochenbolzung paralytischer Gelenke in der Joahimtalschen Klinik sind durchaus ungünstige. Die Elfenbeinstifte brachen oder mußten wegen drohender Hautperforation entfernt werden. Die erstrebte Ankylose wurde in keinem Fall erzielt. 5 Monate nach der Operation war in keinem

Fall eine reaktive Entzündung eingetreten, wodurch die Versteifung hätte erfolgen können. B. Lange (Straßburg i. E.).

Gaugele (Zwickau). *Zur subkutanen Arthrodese nach Bade.* (Zeitschr. f. orthop. Chir., XXVIII, S. 5.)

Bei 15 Gelenken hat Gaugele die von Bade angegebene Methode zur Versteifung paralytischer Gelenke angewandt. Die Resultate waren im ganzen wenig zufriedenstellend. Meist brachen die Stifte später ab oder wurden nachträglich ausgestoßen. Eine feste Versteifung der Gelenke trat meist nicht ein. Er rät, die Gelenke auf die alte Art blutig zu ankylosieren oder durch Sehnenverpflanzung oder mittels Bandagen zu fixieren. B. Lange (Straßburg i. E.).

Langemak. *Über Brucheinklemmung von Adnexen im Säuglingsalter.* (Deutsche Zeitschr. f. klin. Chir., Bd. CIX, S. 195.)

Inkarzerierte rechtsseitige Tuboovarialhernie in inguinalem Bruchsacke bei 4monatigem Mädchen. Resektion. Heilung. 13 weitere Fälle der Literatur. Schiller (Karlsruhe).

Stephan. *Über Epiphysenlösung am Schenkelhalse und echte Schenkelhalsfrakturen im jugendlichen Alter.* (Deutsche Zeitschr. f. klin. Chir., Bd. CIX, S. 176.)

Macht auf die relativ viel öfter als früher vermutet vorkommende Affektion, ihre pathologische Bedeutung, die Ausgänge und die Behandlung des Leidens aufmerksam ohne wesentlich Neues.
Schiller (Karlsruhe).

Beyer. *Beitrag zur isolierten subkutanen Ruptur der Trachea.* (Deutsche Zeitschr. f. klin. Chir., Bd. CX, S. 349.)

9jähriger Knabe. Querer Riß zwischen Ringknorpel und einem Trachealring durch Fußtritt beim Fußballspiel gegen den Hals. Universelles Hautemphysem. Operation nach $1^1/_2$ Stunden. Freilegung des Trachealrisses, Einführung einer Kanüle durch denselben. Tamponade der Umgebung. Décanulement am 4. Tage. Reaktionslose Heilung. Schiller (Karlsruhe).

J. Peiser. *Über Phimose und Hydrozele im Säuglingsalter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 23.)

Erneuter Hinweis darauf, in wie vielen Fällen angeblicher Phimose und Hydrozele unnötig chirurgisch eingegriffen wird.
Keller.

Rheindorf. *Beitrag zur Frage der Bedeutung der Oxyuren bei der Wurmfortsatzentzündung der Kinder.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 10.)

Bei der Untersuchung von 13 Wurmfortsätzen, die sämtlich von Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren stammten und die an akuter Appendizitis erkrankt waren, konnte Verf. in 6 Fällen Oxyuren in der Appendix nachweisen. Dieser Befund veranlaßt R., auf die

strittige Frage der Beziehung der Oxyuren zur Appendizitis einzugehen. Er stellt die Literatur zusammen und berichtet über seine eigenen Fälle; beides führt ihn zu der Anschauung, daß die Helminthen bei der Appendizitis „möglicherweise eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen können". Keller.

L. Russel Cecil und **Kenneth Bulkley.** *Über die durch Oxyuris vermicularis und Trichocephalus trichiura verursachten Läsionen am Wurmfortsatz.* (Journ. of exper, med., XV, S. 225—245.)

Es existiert bereits eine ausgedehnte kasuistische Literatur über das Vorkommen von Parasiten in gesunden und kranken Wurmfortsätzen, aber noch keine systematische Untersuchung über die Bedeutung eines solchen Befundes. Hier setzen die Untersuchungen der Verff. ein, die sich auf 148 Wurmfortsätze erstrecken. Unter 129 operrierten Fällen von Appendizitis im Kindesalter waren 19, bei denen Parasiten gefunden wurden, und zwar 17 mal Oxyuris und nur 2 mal Trichozephalus. In 15 Fällen bestand dabei eine nichteitrige katarrhalische Form der Appendizitis; in 4 Fällen war der Wurmfortsatz gangränös. Die mikroskopischen Veränderungen bei den katarrhalischen Fällen bestanden in Ausfüllung der Krypten mit Schleim, Hyperplasie der Lymphfollikel und zuweilen in Gegenwart einzelner Leukocyten in der Muskularis und der Serosa. In 13 Fällen von den 19 bestanden daneben Veränderungen, die mit Bestimmtheit auf die Parasiten zurückgeführt werden konnten. Von 6 Fällen ohne solche Veränderungen können 3 ausgeschieden werden, weil gangränöse Zerstörung ein Urteil unmöglich machte. Die Oxyuren durchbrechen das Schleimhautepithel und graben sich in die Lymphfollikel ein. Dabei kommt es gewöhnlich zu Blutaustritt in die Umgebung. Zuweilen verursachen die Oxyuren hämorrhagische Geschwüre der Schleimhaut, deren Ränder unterminiert sind und deren Grund durch die Submukose gebildet wird. Falls es nicht zu sekundärer Bakterieninvasion kommt, fehlt jede entzündliche Läsion in der Umgebung. Zuweilen findet sich ein Oxyuris in fibröses Gewebe eingekapselt und ist selbst hyalin degeneriert. Der Trichozephalus zeigt im ganzen dasselbe Verhalten wie Ozyuris, nur bleibt er dicht unter dem Epithel und wandert nicht in die Lymphfollikel ein. Danach scheinen Oxyuren und Trichozephalen da, wo sie in erkrankten Wurmfortsätzen gefunden werden, in den meisten Fällen auch die Ursache der gefundenen Veränderungen zu sein. H. Vogt.

Matti. *Über Darminvaginationen.* (Deutsche Zeitschr. f. klin. Chir., Bd. CX, S. 383.)

Verf. hat auf Grund seiner Erfahrungen an 5 Fällen und seinen Literaturstudien die Lehre von der Invaginatio ileocoecalis einer Kritik unterworfen und hebt verschiedene Punkte hervor, so z. B., daß die Diagnose Darminvagination nicht von dem Nachweise des Invaginationstumors abhängig gemacht werden darf, daß die Prognose der Resektion eine schlechte ist, weil dieser Operation nur die weiter vorgeschrittenen, nicht mehr desinvaginierbaren Fälle

unterzogen werden, daß auch die Desinvagination durch Einschwemmung von Toxinen und Bakterien aus der veränderten Darmwand hohe Fiebertemperaturen erzeugen und zum Exitus führen kann. Unter die Fälle von Invaginatio ileocoecalis sind außer den mit Recht so genannten Formen auch solche von Invaginatio coecalis mit Vorantritt des Coecums und von Invaginatio ileocoecalis respektive ileoiliaca subsumiert. Für die Genese des Leidens spielen die physiologischen Verhältnisse eine wesentlich bedeutendere Rolle als die anatomischen. Schiller (Karlsruhe).

Triboulet et **Savariaud.** *Nouveau cas d'invagination chronique chez un enfant de 5 ans.* (Opération précoce. Guérison.) (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 136.) R. Weigert.

Waugh. *Enterectomy unter Spinalanästhesie wegen akuten Darmverschlusses bei einem 24 Stunden alten Kinde.* (Lancet, I, Nr. 7, 1912.)

Der Fall, über den hier berichtet wird, ist in mancher Beziehung bemerkenswert. Das Kind wurde 18 Stunden nach der Geburt in das Londoner Kinderhospital Great Ormond Street gebracht. Seit der Geburt hatte es gebrochen; weder Stuhl- noch Gasabgang p. rectum. In der Nabelgegend war eine kindskopfgroße Geschwulst, an deren Spitze die Nabelschnur unterbunden worden war. Der opaleszente Sack, durch dessen Wandungen Darmschlingen sichtbar waren, saß auf einer kleinen Bruchöffnung. Da der Bauchinhalt nicht reponiert werden konnte, wurde unter Spinalanästhesie mit Stovain = Dextrin operiert. Waugh versichert, daß er sich in mehreren hundert Fällen von Spinalanästhesie bei Kindern (nach Methode von Tyrrel Gray) von der Vorzüglichkeit des Verfahrens überzeugt hat. Die im Bruchsack befindlichen Darmschlingen waren durch ein Meckelsches Divertikel mit dem Innenrand des Sackes verwachsen. Nach Exzision eines Teiles des Bruchinhaltes wurde eine Lateralanastomose des Darmes angelegt und nach einer weiteren subduralen Injektion wurden nach Erweiterung der Bruchpforte die ektopischen Darmschlingen reponiert. Sofort erfolgte Abgang von Meconium p. rectum. Die Wunde war am 10. Tage verheilt; das Erbrechen hatte 36 Stunden nach der Operation gänzlich aufgehört, die Stuhlentleerung ging regelmäßig vor sich. Leider wurde das Kind 14 Tage nach der Operation entlassen und starb, trotz Ernährung mit Muttermilch, nach weiteren 14 Tagen an „Marasmus".

Philippson (Frankfurt a. M.).

Arzt. *Beiträge zu den gutartigen Tumoren der Kopfregion.* (Deutsche Zeitschr. f. klin. Chir., Bd. CX, S. 532.)

1. Haemangioma simplex der Parotis bei 4 Monate altem Mädchen. Exstirpation ohne Störung des Facialis.

2. Zirkumskriptes Lymphangiom der Zunge bei 7jährigem Knaben. Heilung durch Exzision.

3. Geschwulst am linken Parietale vom Typus der Mischgeschwülste der Parotis bei 57jähriger Frau.

Schiller (Karlsruhe).

Spitzy (Graz). *Ziele der Nervenplastik.* (X. Kongreß d. D. G. f. orthop. Chir., 1911.)

Spitzy gibt zunächst eine Übersicht über die experimentellen Grundlagen und bisherigen Erfolge der Nervenplastik. Als besonders wichtig für die Indikation zur Nervenplastik sieht er die galvanische Muskelerregbarkeit an, und zwar in den ersten 4 bis 6 Monaten. Wenn dieselbe rasch und konstant bis unter die Hälfte der Normalen abnimmt, so ist es nötig, die Nervenplastik bald auszuführen, da sonst Nervenendapparate degenerieren und der Erfolg der Operation ausbleibt. Weitere Ursachen für ein Mißlingen der Nervenpfropfung sind das Ausbleiben der anatomischen und das der physiologischen Heilung. Hier spielt die Orientierung im Muskelquerschnitt eine große Rolle, und es kommt sehr darauf an, daß synergetische Nerven genommen werden. Die bisherigen Resultate Spitzys sind 30% gute Resultate, 40% teilweise Erfolge und 30% Mißerfolge.

B. Lange (Straßburg i. E.).

Fr. Lange (München). *Die Sehnenverpflanzung.* (Ergebn. d. Chir. u. Orthop., II, S. 1.)

Im Gegensatz zur alten Nicoladonischen Methode der Überpflanzung von Sehne auf Sehne hat Lange die periostale Sehnenverpflanzung als Methode ausgebildet, um mehr vor Mißerfolgen gesichert zu sein. Einmal wird durch Annähen der kraftübertragenden Sehne am Periost und Knochen eine absolut feste Verwachsung erzielt, die keine nachträgliche Dehnung zuläßt, und zum zweiten ist Lange frei in der Wahl des Angriffspunktes für die beabsichtigte Zugrichtung der überpflanzten Sehne. Wenn die Länge der natürlichen Sehne nicht ausreicht, so wird mittels geeigneter Durchflechtung mit Seidenfäden die Verlängerung und Vernähung erzielt.

Die sichere Einheilung dieser sogenannten künstlichen Sehnen ist abhängig von der Beherrschung einer absolut sicheren Asepsis und der Anwendung von Sublimatparaffinseide, die nach Erfahrung des Autors stets reaktionslos im Körper verbleibt und unter Wirkung der Funktion mit echtem Sehnengewebe umwachsen wird. Über die Aufsuchung und Versorgung des kraftspendenden Muskels sowie über die Bohrung des Kanals für die verpflanzte Sehne, durch dessen Anlage Verwachsungen mit der Umgebung vermieden werden müssen, werden nähere Angaben gemacht. Wichtig ist die Nachbehandlung, bei der darauf zu achten ist, daß durch Einlagen in die Stiefel oder durch entsprechende Zelluloidstahldrahtschienen eine Überlastung der Sehne in nachteiliger Richtung für Wochen verhindert wird, bis die neugebildete Sehne genügend erstarkt ist. Es werden die Indikationen der Sehnenverpflanzung gegenüber der Nervenplastik

nach Spitzy und der Arthrodese besprochen und schließlich folgt die Aufstellung typischer Operationspläne für die verschiedenen Gelenke der Extremitäten. Bei vernünftiger, gewissenhafter Auswahl der Fälle und guter Nachbehandlung lassen sich ausgezeichnete funktionelle Resultate dauernd erhalten.

B. Lange (Straßburg i. E.).

Natzler (Heidelberg). *Experimentelles zur Sehnenüberpflanzungsnaht.* (Zeitschr. f. orthop. Chir., XXVIII, S. 455.)

Angeregt durch Vulpius, führte Natzler Versuche aus, in denen die Nähte an gesunden und paralytischen Sehnen auf ihre Haltbarkeit geprüft wurden. Gegenüber Langes Ansicht von der größeren Zuverlässigkeit der periostalen Naht bei Sehnenüberpflanzung sollte erwiesen werden, daß auch die Naht von Sehne auf Sehne das gleiche leistet. Bei Belastungsproben dieses letzteren Verfahrens ergaben sich z. T. sogar höhere Gewichtszahlen als bei der periostalen Naht, und es ließ sich auch nicht erweisen, daß paralytische Sehnen abnorm dehnbar sind.

B. Lange (Straßburg i. E.).

O. Förster (Breslau). *Die Behandlung spastischer Lähmungen durch Resektion hinterer Rückenmarkwurzeln.* (Ergebn. d. Chir. u. Orthop., II, S. 174.)

Verf. geht zunächst auf das Wesen der spastischen Lähmungen, die paretische und spastische Komponente, ein und entwickelt die theoretische Grundlage, auf der seine Behandlungsmethode aufgebaut ist. Es ergibt sich daraus, welche und wieviele Wurzeln für eine vorteilhafte Beeinflussung der Arme einerseits, der Beine anderseits durchschnitten werden müssen. Dann bespricht er die Indikationsstellung der Operation eingehend, wobei er Kritik an den von anderer Seite operierten Fällen übt, bei denen infolge falscher Auswahl der Wurzeln ungenügende Resultate erreicht wurden. Das Gros der Fälle stellt natürlich die Littlesche Krankheit. Über die Technik der Operation werden auf Grund der von Küttner, Tietze und Gottstein operierten Fälle maßgebende Punkte hervorgehoben. Von den 45 in der Literatur mitgeteilten Fällen sind 8 gestorben, die übrigen ergaben meist ein zufriedenstellendes Resultat. Als unmittelbare Folge der Operation ist eine auffallende Minderung oder völlige Beseitigung der spastischen Kontrakturen allgemein beobachtet worden. Die Reflexerregbarkeit ist wesentlich herabgesetzt und die unwillkürlichen Bewegungen haben meist ganz aufgehört. Vor allem zeigt es sich, daß willkürliche Beweglichkeit der Glieder in größerem Umfang einkehrt und daß wieder isolierte Bewegungen z. B. eines Beines und eines Beinabschnittes ausgeführt werden können.

Förster macht nun ausdrücklich darauf aufmerksam, daß mit der Durchschneidung der hinteren Wurzel allein nicht auszukommen ist, da die Wurzelresektion sich ausschließlich an die Folgen

der Schädigung der inhibitorischen Pyramidenbahnfasern, den spastischen Symptomenkomplex, wendet. Die Folgen der Zerstörung aller anderen Bahnen müssen der Nachbehandlung überlassen bleiben, welche ganz bestimmte Forderungen zu berücksichtigen hat. 1. Die Glieder müssen nach der Operation in abnehmbaren Gipshülsen in einer der früheren Stellung entgegengesetzten erhalten werden. 2. Ist durch konsequente Übungstherapie die Entwicklung der aktiven Beweglichkeit zu fördern und die Lokomotion zu erlernen. 3. Sind eventuell vorhandene Schrumpfungskontrakturen einzelner Muskeln nachträglich durch plastische Operationen zu beheben. Die Wurzeldurchschneidung bedarf also zur Erzielung möglichst vollständiger Resultate noch der Mithilfe mehrfacher Maßnahmen, was aber bei so komplizierten Verhältnissen sehr verständlich ist. Jedenfalls ist sie bei schweren spastischen Lähmungen die absolut erforderliche Basis, auf der überhaupt erst eine erfolgreiche Behandlung dieser unglücklichen Kinder möglich ist. Wir müssen daher die Behandlung schwerer spastischer Lähmungen durch Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln als eine eminent hervorragende Tat bezeichnen.

B. Lange (Straßburg i. E.).

Geschichte der Pädiatrie, Fürsorge.

E. Apert. *Un livre sur les maladies des nouveau-nés, écrit 1472.* (Arch. de Méd. des enf., XV, 1.)

Freunden historisch medizinischer Forschung wird das neu entdeckte Büchlein, von dem Apert einige Proben gibt, willkommen sein. Es betitelt sich: Opusculum recens natum de morbis puerorum und ist die Übersetzung eines von Bagaldus a fluvio verfaßten Buches, die im Jahre 1538 von Tolet in Lyon, mit Anmerkungen versehen, herausgegeben wurde. Als erster Versuch einer getrennten Betrachtung der Kinderkrankheiten und als Spiegel der Zeit ist das Büchlein nicht ohne Interesse.

Thorspecken (Badenweiler).

D. A. Sokolow. *Zur Geschichte der russischen Pädiatrie.* (Pädiatrija, 1911, Nr. 1/2.)

Einleitender Redaktionsartikel zu der seit dem Oktober 1911 erscheinenden russischen pädiatrischen Zeitschrift „Pädiatrija", als deren Redakteur Professor D. A. Sokolow in St. Petersburg zeichnet. Unter den Mitarbeitern finden sich zahlreiche Namen, die auch in der wissenschaftlichen Welt Westeuropas wohlbekannt sind. Jedes monatlich erscheinende Heft enthält Originalien russischer Autoren, an die sich Sitzungs- und Kongreßberichte, Referate (auch nichtrussischer Arbeiten) sowie Bücherbesprechungen schließen. Die

Anordnung des Stoffes ist also dieselbe wie etwa im „Jahrbuch für Kinderheilkunde". Die Ausstattung ist eine für russische medizinische Zeitschriften ungewohnt vornehme: tadelloses Papier, schöner Druck, gute Reproduktionen von Photographien, Kurven usw. Der Preis ist trotzdem ein äußerst bescheidener und beträgt für den Jahrgang nicht volle 13 Mark. Schlieps (Charkow).

Society of medical Officers of Health. *Freiluftschulen.* (Lancet, I, Nr. 8, 1912.)

In 7 englischen Städten sind Freiluftschulen nach Charlottenburger Typus eingerichtet worden.

Philippson (Frankfurt a. M.).

Besprechungen.

Pfaundler-Schloßmann. *Handbuch der Kinderheilkunde. VI. Band.*

Dieser Schlußband reiht sich würdig den vorhergehenden Bänden an. G. Alexander hat in ihm in ganz vorzüglicher Weise die Ohrenkrankheiten dargestellt. Der Anatomie und den Untersuchungsmethoden ist ein großer Abschnitt gewidmet; am ausführlichsten ist die Otitis media entsprechend ihrer Bedeutung behandelt. Auch die otogenen endokraniellen Krankheiten werden eingehend besprochen. Ein großer Vorzug des Buches ist es, daß die Ohrerkrankungen bei den verschiedenen Infektions- und Allgemeinerkrankungen eine gesonderte, mehr oder minder ausführliche Darstellung erfahren haben. Dadurch ist es für den Praktiker leicht, sich rasch über die möglichen Komplikationen von seiten des Ohres zu orientieren. Auch dem Taubstummenunterricht und der Frage des Schulohrenarztes ist ein Kapitel gewidmet.

Die Sprach- und Stimmstörungen des Kindesalters haben durch Nadoleczny eine glänzende Darstellung erfahren. Der Pathologie ist ein hochinteressantes Kapitel über die Psychologie der Sprachentwicklung vorausgeschickt. Die Therapie der Sprachstörungen ist ausführlich beschrieben.

Zum Schluß hat Eversbusch in mustergültiger Weise die Augenerkrankungen des Kindesalters dargestellt. Ein ausführliches Kapitel ist den angeborenen Anomalien und Mißbildungen des Auges gewidmet. Ihm folgt ein Kapitel über die anatomische und physiologische Entwicklung des kindlichen Auges und ein sehr instruktiver Abschnitt über die Untersuchungsmethoden; dann folgen die meisterhaft bearbeiteten Kapitel über die Erkrankungen der Augenlider, der Tränenorgane, Bindehaut usw.

Die Ausstattung dieses Buches ist wieder ganz hervorragend. Eine sehr große Anzahl farbiger Abbildungen, namentlich in dem

Abschnitt über die Erkrankungen des Auges, sind dem Werke beigegeben, so daß dieser Abschluß des groß angelegten Werkes selbst die höchsten Ansprüche befriedigt. Orgler.

O. Heubner. *Reden und Abhandlungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde.* (Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1912. M. 4·—.)

Eine Auswahl von Abhandlungen, die fast ohne Ausnahme — dem Zweck ihrer ersten Veröffentlichung entsprechend — nicht streng wissenschaftlich, sondern populär gehalten und die bisher im Buchhandel nicht erschienen sind. Sie stammen aus sehr verschiedener Zeit, der zweite Vortrag z. B. aus dem Jahre 1897, andere wieder, wie der erste und der letzte, aus jüngster Zeit. Der vierte Beitrag, auf den in der wissenschaftlichen Literatur häufig Bezug genommen worden ist, ist in der Festschrift für Jacobi so gut wie „vergraben" gewesen und wird nun der Allgemeinheit zugänglich gemacht.

Es entspricht dem Zwecke dieses Referates wohl am besten, wenn ich die einzelnen Beiträge anführe; es handelt sich um:

1. Pathologisches in Veranlagung und Entwicklung des Kindes. (Rede zu Kaisers Geburtstag in der Aula der Königlichen Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin am 27. Jänner 1911.)

2. Über Kinderpflege. (Rede zur Eröffnung einer Ausstellung zum Besten des Berliner Wöchnerinnenheims am 1. Dezember 1897.)

3. Die natürliche Ernährung des Säuglings. (Vortrag im Berliner Verein für Volkshygiene, 1908.)

4. Eine Betrachtung über die Ernährung des Kindes jenseits des Säuglingsalters. (Aus einer Festschrift für Prof. Jacobi, New York, 1900.)

5. Die Ernährung kranker Säuglinge und Kinder. (Vortrag vom Dezember 1908 aus einem Zyklus von Vorträgen für ärztliche Fortbildung.)

6. Über Skrofulose. (Veröffentlichung gelegentlich der Hufelandfeier 1910, in der Berliner klin. Wochenschr., Nr. 5.)

7. Über Badekuren im Kindesalter. (Vortrag vom 10. März 1905 vom Balneologenkongreß in Berlin.)

8. Physiologie und Pathologie des Säuglingsalters im Universitätsunterrichte. (Rede auf dem III. internationalen Kongreß für Säuglingsschutz, Berlin im September 1911.) Keller.

A. Baginsky. *Die Wohlfahrtseinrichtungen für Kinder in großen Städten.* (August Hirschwald, Berlin, 1911.)

In großen Zügen bespricht B. die vorhandenen Einrichtungen und weist die Notwendigkeit besserer Organisation und Zentralisation nach: „Der wichtigste Grundsatz der gesamten Hilfeleistung — gleich-

viel, ob kommunal oder privatim begonnen — muß sein, daß ein einmal der Wohlfahrtsleistung zugeführtes Kind nicht wieder aus den Augen gegeben wird, sondern bis zur Pubertät der Wohlfahrtsüberwachung untersteht, so lange, als seine Hilfsbedürftigkeit überhaupt je in Frage kommen kann. Dies kann natürlich nur geschehen, wenn eine Wohlfahrtszentrale vorhanden ist." Keller.

Otto v. Fürth. *Probleme der physiologischen und pathologischen Chemie. I. Gewebschemie.* (F. C. W. Vogel, Leipzig, 1912, M. 81.)

Die Elemente der biochemischen Wissenschaft als bekannt voraussetzend, spricht Verf. über die neueren Ergebnisse und entwickelt Richtungslinien für weitere Forschung: im ganzen ein vorzügliches Lehrbuch für Studierende, Ärzte, Biologen und Chemiker, anregend für den Forscher. Keller.

Richard Horn. *Die Rechtsstellung der Putativkinder.* (Eine rechtshistorisch-dogmatische Studie.) (J. Bensheimer, Mannheim und Leipzig, 1912, M. 3·—.)

Die Putativehe ist eine an sich nichtige Ehe, aber eine als Ehe geführte und gewollte Verbindung zur Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau, welcher die Rechtsordnung die Anerkennung als Ehe versagt. Keller.

Inhalt.

F. Goeppert. *Sammelreferat über Arbeiten aus der rhinologischen Literatur 279.* — **Pharmakologie. Helwig.** *Seeklimatische Kuren 300.* — **Renault.** *Schutzschirm 300.* — **Whipple.** *Chloroform 301.* — **Czerny.** *Leberlran 301.* — **Bain.** *Lezithin und Phytin 302.* — **Ernährung und Stoffwechsel. Rietschel.** *Brustkinder 302.* — **Brady.** *Malzsuppe 302.* — **Heß.** *Erbrechen 302.* — **Klotz.** *Darmflora 303.* — **Stickel.** *Darmepithel 303.* — **Rosemann.** *Chlorgehalt des Fötus 304.* — **Niemann.** *Kalkbilanz 304.* — **Schlacht.** *Eosinophilie 304.* — **Neumann.** *Fettpolster 305.* — **Czerny.** *Atrophie 305.* — **Crudden** *305.* **Crudden** und **Fales.** *Intestinaler Infantilismus 306.* — **Variot** und **Morancé.** *Abdominale Ektasie 306.* — **Klinik der Kinderkrankheiten. Kassowitz** *306.* **Ogata.** *Rachitis 307.* — **Oyamada.** *Riesenkinder 307.* — **Graham.** *Hämorrhagische Erkrankungen der Neugeborenen 307.* — **Slingenberg.** *Hämolyse 308.* — **Poignard.** *Ikterus 308.* — **Salle.** *Akromegalie 308.* — **Hertz.** *Kongenitale Dyschezie 308.* — **Variot.** *Hemiatrophia facialis 309.* — **French.** *Chronischer Husten 309.* — **Fabrikant.** *Pleuritis 310.* — **Forbes** und **Newsholme.** *Rhinitis 310.* — **Moltscha-**

noff. *Akute Infektionen 310.* — **Cowan, Fleming** und **Kennedy.** *Herzblock 311.* — **Roberts.** *Tetanus 311.* — **Kretschmer** *311.* **Preisich. Ahmed. Fischl.** *Scharlach 312.* — **Raffle.** *Masern 312.* — **Aviragnet, Blechmann** und **Huber. Cumberledge.** *Diphtherie 313.* — **Kerley.** *Typhus 313.* — **Thayer. Sophian.** *Epidemische Meningitis 313.* — **Henderson.** *Malaria 314.* — **Bryan.** *Pyämie 314.* — **Hirokawa. Saunders, Johnson, White** und **Zahorsky.** *Keuchhusten 314.* — **Dietrich. Cronquist** *315.* **Armand-Delille. Corner** *316.* **Tubby.** *Tuberkulose 317.* — **Vas.** *Syphilis 317.* — **Böhm.** *Mechanische Deformitäten 318.* — **Wollenberg. Hohmann.** *Skoliose 318.* — **Lindemann.** *Rachitische Deformitäten 319.* — **Bibergeil. Pürkhauer.** *Schulterblatthochstand 319.* — **Jalaguier. Roth.** *Torticollis 320.* — **Joachimsthal.** *Störungen der Knochenbildung 320.* — **Brandes** *320.* **Springer.** *Madelungsche Deformität 321.* — **Drehmann** *321.* **Peltesohn** *322.* **Preiser.** *Coxa vara 323.* — **Cassel.** *Femurmißbildung 323.* — **Grune.** *Unterschenkelbrüche 323.* — **Henneberg** und **Kirsch** *323.* **Meng.** *Plattfuß 324.* — **Vulpius.** *Klumpfuß 324.* — **Peltesohn** *324.* **Gaugele.** *Arthrodese 325.* — **Langemak.** *Brucheinklemmung 325.* — **Stephan.** *Epiphysenlösung am Schenkelhalse 325.* — **Beyer.** *Ruptur der Trachea 325.* — **Peiser.** *Phimose* und *Hydrozele 325.* — **Rheindorf** *325.* **Cecil** und **Bulkley.** *Appendicitis 326.* — **Matti** *326.* **Triboulet** und **Savariaud.** *Darminvagination 327.* — **Wangh.** *Enterektomie 327.* — **Arzt.** *Kopftumoren 327.* — **Spitzy.** *Nervenplastik 328.* — **Lange** *328.* **Natzler** *Sehnenverpflanzung 329.* — **Förster.** *Resektion der hinteren Rückenmarkswurzeln 329.* — **Geschichte der Pädiatrie, Fürsorge. Apert.** *Ein Buch von 1472 330.* — **Sokolow.** *Russische Pädiatrie 330.* — *Freiluftschulen 331.* — **Besprechungen. Pfaundler-Schloßmann.** *Handbuch der Kinderheilkunde VI 331.* — **Heubner.** *Reden und Abhandlungen 332.* — **A. Baginsky.** *Wohlfahrtseinrichtungen 332.* — **O. v. Fürth.** *Probleme der physiologischen und pathologischen Chemie 333.* — **Horn.** *Rechtsstellung der Putativkinder 333.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Straßburg | Göppert Göttingen | Knöpfelmacher Wien | Moro Heidelberg | Thiemich Magdeburg | Tobler Breslau
Berend Budapest | Comba Florenz | Johannessen Kristiania | Koplik New-York | Marfan Paris | Thomson Edinburg | Wieland Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XI. **Referate.** Nr. 6.

Sammelreferat über die Bakteriologie des Jahres 1911 mit spezieller Berücksichtigung des Kindesalters.

Von **Dr. Th. Messerschmidt,** Assistent des Instituts für Hygiene und Bakteriologie der Universität Straßburg.

Zur Einführung sei folgendes vorausgeschickt: Dies Referat soll sämtliche bedeutenderen Originalarbeiten des Jahres 1911 über die Bakteriologie des Kindesalters enthalten. Es erschien indessen zweckentsprechend, auch Arbeiten zu berücksichtigen, die zwar nicht diese spezielle Forderung erfüllen, aber trotzdem für die bakteriologische Forschung des Kindesalters Bedeutung erlangen könnten. So mußten einige rein tierexperimentelle Untersuchungen und auch einige Feststellungen an Erwachsenen berücksichtigt werden.

I. Pathogene Mikroorganismen.

Typhus abdominalis und Paratyphus.

In der Epidemiologie des Typhus abdominalis spielt der Kinder- und Säuglingstyphus eine bedeutsame Rolle. Klinisch ist die Diagnose oft kaum mit Sicherheit zu stellen, die bakteriologische Untersuchung ist in Typhusgegenden in jedem fieberhaften Krankheitsfalle, der diagnostisch nicht völlig klar liegt, unbedingt zu verlangen.

Der Klinik des Abdominaltyphus im Kindesalter ist eine Arbeit von Vogt (9) gewidmet: Verf. beobachtete in Straßburg eine Typhusepidemie in einem Knabenwaisenhause. Die klinischen Erscheinungen waren bei jüngeren Kindern oft so gering, daß nur mit Hilfe der Agglutination des Patientenserums die Diagnose zu stellen war. Für

die Epidemiologie hält Verf. diese Fälle von größter Bedeutung, da sie leicht übersehen werden können. Diese leichteren Formen wurden hauptsächlich bei Kindern unter 11 Jahren beobachtet. Interessant ist, daß exsudative Konstitution der Kinder keinen Einfluß auf den gesamten Verlauf der Krankheit hat. Indessen wurden Delirien und abnorme Gemütsstimmung bei neuropathischen Kindern häufiger beobachtet. Bradykardie mit Irregularität traten gegen Ende des Fiebers auf; Dikrotie war selten. Die Diät war folgendermaßen geregelt: Während der Krankheit flüssige Kost: Milch, Eier, Bouillon bis die Kinder zirka 2 Wochen entfiebert sind, erst dann wird zu Brei und fester Kost übergegangen. Größere Gewichtsabnahmen sind streng zu vermeiden.

Der Klinik ist weiter eine Arbeit von Baginsky (1) gewidmet. Mit der Diät stimmt Verf. mit Vogt überein; besonders zu betonen ist indessen noch, daß eine Organschädigung durch dieselbe streng zu vermeiden ist, vielmehr ist der gesamte Organismus zu kräftigen, damit er die toxischen Wirkungen der Bazillen leichter überwindet. Auf Grund einiger Fälle, in denen Verf. bei Kindern schwere typhöse lokale Erkrankungen des Darmes mit ulzerösem Zerfall, Darmblutungen und Peritonitis sah, hält Verf. den Kindertyphus keineswegs für eine so leichte Affektion, wie sie gewöhnlich beschrieben wird.

Schlieps (8) stellte in kardiopygmographischen Untersuchungen fest, daß Kinder unter 14 Jahren eine Dikrotie des Pulses im Sinne der Erwachsenen nicht haben. Bei beginnender Rekonvaleszenz findet sich fast regelmäßig Bradykardie. Arythmien werden häufig beobachtet, es sind Sinusirregularitäten, die keine Therapie erfordern, stets gute Prognose geben. Andere Arythmien wurden nicht beobachtet.

Kaspar (4) beobachtete einen 3 Monate alten Säugling mit einem periartikulären Abszeß am Knie. Im Eiter fanden sich Typhusbazillen in Reinkultur. Das Serum des Kindes gab dann positive Agglutination; im Urin wurden Typhusbazillen nachgewiesen. Einige Wochen vor der Inzision des Abszesses litt das Kind an einem Darmkatarrh, der nachträglich durch diese Befunde als typhöser Natur angesprochen wird.

Im Anschlusse an eine Typhusinfektion sah Baines (2) bei 2 Kindern sich Psychosen entwickeln. Epidemiologisch interessant ist ein Bericht Brückners (3). In der Kindererziehungsanstalt Sch. erkrankten 76 Kinder nacheinander an Typhus. Die Infektion erfolgte durch eine Bazillenträgerin. Durch Kontakt mit dieser erkrankten zunächst 7 Kinder, durch weiteren Kontakt mit diesen die übrigen Insassen. Zur sicheren Feststellung von Neuerkrankungen erweisen sich Temperaturmessungen der Umgebung des Kranken als sehr geeignet. In mehreren Fällen war nur durch erhöhte Temperaturen (über 37·2) sowie durch den Ausfall der Gruber-Widalschen Reaktion und durch den Nachweis von Bazillen in den Entleerungen die Diagnose auf Typhus möglich. Verf. unterscheidet 3 Formen des Kindertyphus: 1. Vorübergehende parasitische Typhusinfektion. 2. Abortivtyphus. 3. Echter Typhus abdominalis.

Zum Auffinden der Typhusbazillenträger, die oft tagelang keine Bazillen ausscheiden, gibt es noch immer keine absolut zuverlässige Methode. Nutzen schaffen zweifellos die von Forster empfohlenen Gallepräparate und sonstige Abführmittel, die bei Verfütterung die Bazillen mobilisieren. Leydheecker (5) stellte fest, daß 50% der Bazillenträger Leukopenie aufweisen. Eine Bestätigung dieser Befunde würde das Ausfindigmachen der Bazillenträger zweifellos erleichtern.

Rolly (6) weist daraufhin, daß nach seinen klinischen Erscheinungen, den anatomischen Veränderungen und dem epidemiologischen Verhältnis Typhus und Paratyphus so weit verschieden sind, daß eine gesonderte Besprechung beider Krankheitsbilder wohl berechtigt ist. Trotzdem bestehen sehr oft nahe Beziehungen zwischen beiden Bildern. Schmidt (8) untersuchte 700 Schweine und 30 kranke Menschen auf Paratyphusbazillen; er stellte fest, daß von einer Ubiquität der echten Paratyphus-B-Bazillen nicht die Rede sein kann. Ähnliche Befunde wurden auch früher von Uhlenhuth im Kais. Gesundheitsamt erhoben. Die Paratyphusbazillen können wohl überall vorkommen, sie im Sinne des Bakt. Coli ubiquitär zu bezeichen, wäre aber falsch.

1. Baginsky. Das Typhoid (Abdominaltyphus der Kinder und seine Behandlung). Ther. d. Gegenw., 1911, S. 49.
2. Baines. Posttyphöses Delirium. Arch. of Ped., 1911, Mai.
3. Brückner. Typhusepidemie in einer Kindererziehungsanstalt. Münchener med. Wochenschr., 1911, S. 1008.
4. Kaspar. Ein Fall von Säuglingstyphus mit einer eigenartigen Komplikation. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. IX, S. 653.
5. Leydheecker. Über das Verhalten der weißen Blutkörperchen bei Bazillenträgern. Wiener klin. Rundschau, 1911, Nr. 25—27.
6. Rolly. Über Paratyphusinfektion. Münchener med. Wochenschr., 1911, S. 559.
7. Schlieps. Ergebnisse kardio-pygmographischer Untersuchungen bei Typhus abdominalis im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. LXXIV, S. 386.
8. Schmidt. Zur Frage der Ubiquität der Paratyphus-B-Bazillen. Münchener med. Wochenschr., 1911, S. 563.
9. Vogt. Zur Klinik des Abdominaltyphus im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIII, S. 475.

Dysenterie.

Bei ihren Untersuchungen von Diarrhöen fanden Lucas und Amos[2]) Bazillen vom Typus Flexner. Sie versuchten zu therapeutischen Zwecken die kombinierte aktiv-passive Immunisierung während der akuten Krankheit. Die Erfolge waren nicht bedeutend. Von den 95 behandelten starben 2; von 97 unbehandelten 3.

Zur Diagnosestellung erwies sich die Agglutination wenig brauchbar, da sich kein gesetzmäßiges Verhalten feststellen ließ. Epidemiologisch von Wichtigkeit ist, daß die Autoren in Fliegen Dysenteriebazillen fanden.

Dick (1) beobachtete in Australien eine Shiga-Kruse Epidemie. Prophylaktische Immunisierung mit abgetöteten Bazillen scheint

vor der Infektion zu schützen; der Heilwert durch Vakzination ist unsicher. Fliegen spielen bei der Übertragung keine Rolle.

1. Dick. Über Dysenterie in Australien. Journ. of Inf., Bd. VIII. S. 386.
2. Lucas und Amos. Prophylaktische Vakzination gegen Dysenterie der Säuglinge. Journ. of exper. Med., Bd. XIII, S. 486.

Cholera asiatica.

Daß die Inkubationszeit der Cholera sich auch auf einige Wochen erstrecken kann, beobachtete Doty (1) in einem Falle, bei dem erst 16 Tage nach stattgehabter Inkubation der Ausbruch der Krankheit stattfand. Zur Ermittlung eines verdächtigen Bazillenträgers wurde diesem ein leichtes Abführmittel verabreicht. Danach entwickelte sich ein akuter Ausbruch einer Cholera, die in 48 Stunden zum Exitus letalis führte. Die Diagnose Cholera wurde pathologisch, anatomisch und bakteriologisch bestätigt. Dieser letzte Fall ist insofern interessant, als hier wohl einwandsfrei eine Infektion des Bazillenträgers durch eigene Bazillen vorliegt. Während früher die Choleravibrionen selten länger als 45 bis 50 Tage bei Rekonvaleszenten gefunden wurden, mehren sich in den letzten Jahren die Befunde der Dauerausscheider.

Zirolia (2) beobachtete einige Fälle, die nach Rekonvaleszenz einige Wochen keine Vibrionen mehr ausschieden, Nach Genuß von Abführmitteln, auch nach Darmstörungen durch Diätfehler traten in den diarrhöischen Entleerungen wieder Vibrionen auf. Verf. fordert danach, daß der Rekonvaleszent erst nach mehrfachen bakteriologischen Untersuchungen eventuell nach Darreichung von Abführmitteln für vibrionenfrei erklärt wird. Tanda (3) bespricht eingehend eine Epidemie in Molfetta und kommt zu ähnlichen Schlüssen. Auch er fordert die bakteriologische Untersuchung nach Darreichung von Abführmitteln.

Nach dem Tode fanden sich Vibrionen in verschiedenen Organen. Zur Untersuchung empfiehlt Verf. die Dieudonné-Platte.

Nach den Untersuchungen von Huntemüller (4) besteht in der Giftbildung der eigentlichen Choleravibrionen und der El Tor-Stämme nur ein quantitativer Unterschied (entgegen den Anschauungen von Kraus). Toxin und Hämolysin sind identisch; es wird durch Hitze zerstört, während das Endotoxin wesentlich resistenter gegen Hitze ist.

Bei Kaninchen, Ziegen und Pferden ließ sich ein Antitoxin darstellen, das das Toxin paralysierte. In einer weiteren Arbeit (5) weist derselbe Verf. auf die epidemiologische Bedeutung der Vibrionenträger hin. Mit Peptonwasseranreicherung ließen sich auf der Dieudonné Platte oft monatelang in den Entleerungen Vibrionen nachweisen. In 24 Stunden war mit dieser Untersuchungstechnik meist die Diagnose sicherzustellen.

Friedrich (6) bevorzugt den Nährboden nach Esch (alkalischer Peptonwasseragar + Hämoglobin) vor dem nach Dieudonné, da derselbe sofort nach Herstellung benutzt werden kann.

1. Alva Doty. Cholera nach modernen Gesichtspunkten. Amer. Journ. Med. Soc., 1911, Nr. 1.
2. Zirolia. Beobachtungen über die Dauer des Vorkommens von Choleravibrionen in den Entleerungen von Cholerarekonvaleszenten und ihres Wiederauftretens infolge von Abführmitteln. Hyg. Rundschau, 1911, Nr. 4.
3. Tanda. Bakteriologische Beobachtung bei der Choleraepidemie in Molfetta 1910. Hyg. Rundschau, 1911, Nr. 15.
4. Huntemüller. Toxine und Antitoxine der Choleravibrionen. Zeitschr. f. Hyg., Bd. LXVIII, S. 221.
5. — Moderne bakteriologische Choleradiagnose. Fol. serol., Bd. VII, H. 1.
6. Friedrich. Die Hämoglobinnährböden für Cholera nach Esch. Deutsche Med. Wochenschr., 1911, S. 147.

Diphtherie.

Für die Epidemiologie der Diphtherie wird ziemlich einstimmig die große Bedeutung der Bazillenträger anerkannt. Sommerfeld (1) fand im Rachen gesunder Kinder oft sehr virulente Diphtheriebazillen. Nach überstandener Krankheit waren diese noch monatelang nachweisbar. Ein geeignetes Mittel, sie sicher zu entfernen, gibt es nicht. Da sich die Bazillen auch lange auf unbelebten Gegenständen halten können, ist die Wohnungsdesinfektion wichtig. Die Bazillenträger sind besonders in größeren geschlossenen Anstalten gefährlich. In einer frühzeitigen speziellen Behandlung der Kranken sieht Verf. den besten (prophylaktischen) Schutz gegen die Bazillenträger. Auch Seligmann (2) weist auf die große Bedeutung der klinisch gesunden Bazillenträger hin. Er fordert, daß nach Überstehen der Diphtherie jeder Patient mindestens 3mal bakteriologisch untersucht wird. Macdonald (3) schlägt vor, daß alle Bazillenträger angezeigt und solange isoliert werden, bis sie frei von Bazillen sind. Dieser Vorschlag entspricht zum Teil den Erfahrungen Lippmanns (4). In einem großen Krankenhaus fanden sich bei 90 Schwestern, 93 Pflegerinnen und Wärterinnen, 50 Wärtern, 48 Stubenmädchen während einer Epidemie vorübergehend Diphtheriebazillen im Rachen. Sie hatten keine Krankheitserscheinungen. An Diphtherie erkrankten von diesen 5. Nach Isolierung der Bazillenträger nahmen die Erkrankungen der Patienten ab. Da aber die Isolierung zeitweise über 4 Wochen dauerte, war sowohl für die Pflege als auch für die Isolierten dies System undurchführbar. Es wurde daher aufgegeben. Bald darauf nahm die Zahl der Bazillenträger wieder zu. Auffallend ist, daß nun trotzdem weniger Patienten erkrankten. Verf. zieht daraus den Schluß, daß die Bazillen im Laufe der Zeit ihre Virulenz verloren hatten. Durch Tierexperiment wurde diese Vermutung bestätigt.

Versuche, die Diphtheriebazillen mit: Toluol, Pyozyanase, Jodtinktur, Liq. ferri sesquichlorati, Wasserstoffsuperoxyd, chlorsaurem Kali, 1%igem Sublimat aus dem Rachen der Träger zu entfernen, schlugen fehl. Über die Behandlung der Bazillenträger sind die Ansichten geteilt. Die früheren günstigen Erfolge der Pyozyanasebehandlung werden wenig bestätigt. Lörensen (5) zieht ihr die

lokale Behandlung mit Menthol-Toluoleisenlösung nach Löffler und die Jodtinktur vor. Einen eigenartigen Vorschlag macht Page (6), der die Bazillenträger in 2 bis 3 Tagen von ihren Bazillen befreite, wenn er eine Reinkultur von Staphylococc. pyog. aur. in dem Rachen verstäubte. Blumenau (7) erhofft günstigen Erfolg von der Behandlung derselben nach Dzersgowsky, die er zur aktiven Immunisierung anwandte. Diese Methode — die zweifellos einer Nachprüfung an großem Material wert ist — beruht darauf, daß mit verdünntem Toxin getränkte Wattetampons in die Nasenöffnungen abwechselnd eingeführt werden. Die aktive Immunisierung gelang so ohne Schwierigkeiten. Reizerscheinungen wurden nicht beobachtet. Im Tierexperimente wurde eine mehrjährige Immunität festgestellt. Zur Diphtherieprophylaxe eignet sich diese Behandlung gut. Weston und Kolmer (8) wollen nur die Bazillenträger isoliert wissen, die virulente Bazillen im Rachen haben. Ihre Virulenzprüfung beruht auf folgendem Prinzip: Einem Meerschweinchen wird eine Kultur der Bazillen intraperitoneal injiziert. Ein zweites gleich schweres bekommt eine gleiche Kultur und 250 J. E. Antitoxin. Stirbt auch dies zweite Tier, so war die Kultur sehr toxisch, da der Tod trotz der 250 abgesättigten Toxineinheiten erfolgte. Auf diese Weise fanden die Autoren z. B. bei Ohreiterungen regelmäßig stark toxische, sonst aber gewöhnlich wenig toxische Stämme.

Epidemiologisch ist auch die Nasendiphtherie von Bedeutung. Blochmann (9) bespricht die Schwierigkeiten, die richtige Diagnose auf Diphtherie der Nase zu stellen. Dadurch wird aber auch einer Weiterverbreitung leicht Vorschub geleistet. Die Belege findet Verf. am häufigsten an Septum und unterer Nasenmuschel. Er fordert sorgfältige Untersuchung von einem Spezialisten. Trotzdem wird die Nasendiphtherie leicht übersehen, zumal auch die Entnahme von Material zur bakteriologischen Untersuchung oft schwierig ist.

Allen diesen Anschauungen widerspricht Hüls (10), der die Infektion von Mensch zu Mensch leugnet. Er hält die Diphtheriebazillen für überall verbreitet. Örtliche und zeitliche Disposition machen sie virulent und geben ihnen die Fähigkeit, Menschen zu infizieren. Von diesen Gesichtspunkten aus hält Verf. jede Isolierung und Desinfektion logischerweise für unnötig. — Zweifellos ist ja die Epidemiologie noch keineswegs völlig aufgeklärt. Weitere Klärung kann aber nur experimentelle Forschung bringen. Theoretische Erwägungen, mögen sie noch so geistreich sein, bringen nie Klarheit, deshalb sollte man sich derselben enthalten.

Im Blute von Diphtheriekranken fand Aaser (11) regelmäßig nach der Römerschen Methode Diphtherietoxin. Diese Methode beruht darauf, daß Diphtherietoxin bei subkutaner Injektion bei Meerschweinchen Quaddelbildung bis Nekrose verursacht. Bei einem Patienten wies Verf. noch 24 Stunden nach erfolgter Injektion von 4000 J. E. und trotz bedeutender klinischer Besserung Toxin im Blute auf diese Weise nach.

Im Blute fand Leede (12) einmal 9 Tage vor dem Tode Diphtheriebazillen. Postmortale Blutuntersuchungen hatten oft positiven

Bazillenbefund. Gewöhnlich waren dieselben 36 Stunden post mortem nicht mehr nachweisbar. Parallel der Schwere der Erkrankung fand Kolleston (13) abnorm niedrigen Blutdruck, der auch bei frühzeitigen Lähmungen auftrat. Albuminurie zeigte keinen Einfluß, ebenso Spätlähmungen. Der abnorme Druck wurde nach zirka 7 Wochen wieder normal. In der Therapie sahen alle Autoren günstige Erfolge bei Anwendung hoher Antitoxindosen. Wickmann (14) beobachtete unter zirka 2000 Fällen 18 schwere Fälle von Diphtherie. Diese bekamen bei täglichen Einzeldosen von 5000 bis 7500 J. E., im ganzen zwischen 12.000 und 35.000 J. E.; durchschnittlich 15.000 bis 16.000 Einheiten. 4 Fälle kamen zum Exitus letalis, die Infektion war schon mehrere Tage vor der Behandlung erfolgt, auch bestand bei ihnen Blutdrucksenkung. Die 14 überlebenden Fälle verfielen nicht in die Diphtheriekachexie und erholten sich rasch.

Bei einer nicht diphtherischen, phlegmonösen Angina — die als solche vorher nicht erkannt war — wurden in 2 Tagen 26.000 J. E. (500 J. E. im Kubikzentimeter) gegeben. Eine eventuelle nachteilige Wirkung der hohen Serumdosen wurde nicht beobachtet.

Fritz Meyer (15) sah bei schweren Formen von der intravenösen Seruminjektion großen Vorteil. Er bespricht weiter die Indikationen für die prophylaktische Serumapplikation. Diese ist einzuschränken. Nur bei schweren Epidemien sollen schwächliche oder mit schweren anderen Krankheiten behaftete Kinder geschutzimpft werden.

Verf. bespricht in der nichtspezifischen Therapie die Anwendung von Pyozyanase, Adrenalin usw.

Fedinsky (16) verwendet je nach Schwere und Eigenart des Falles verschieden hohe Dosen von 2000 bis 20.000 J. E. Maßgebend hierfür ist: Rachenödem, Miterkrankung des Nasenrachenraumes, Croup usw.

Blumenau (17) beobachtete 488 Fälle im Laufe von 13 Jahren mit einer Mortalität von 54·7%. Ein übles Zeichen ist für ihn Erbrechen in den ersten Tagen der Krankheit. Die schweren Fälle hält Verf. durch virulente Bazillen bedingt, zu denen eventuell noch Streptokokken traten. Zur Behandlung gibt Verf. 5000 J. E. intravenös, eventuell wiederholt er die Injektion. Lokal wirkt Pyozyanase günstig. Bei Herzschwäche gibt Verf. Adrenalin.

Markuson und Agopoff (18) halten nach Beobachtungen an einem großen Krankenmaterial auf der Masernabteilung eines Moskauer Spitals die prophylaktische (passive) Immunisierung als wertlos. Smith und Brown (19) mischten in vitro Toxin und Antitoxin und injizierten dies Gemisch zur Immunisierung. Die Resultate waren dabei bessere als bei getrennter Injektion. Mc. Keen (20) sah einen plötzlichen Tod nach Injektion einer prophylaktischen Dosis von Antitoxin. Bei der Sektion ergab sich ein Status lymphaticus. (Die Thymus des 17jährigen Mädchens wog 25 g.) Hill (21) berichtet über die hohe Sterblichkeit bei Diphtherie in den Vereinigten Staaten. Er stellt fest, daß sehr oft die Diagnose spät gestellt wird, daß infolge der Treibereien von manchen Seiten dem Heilserum wenig Vertrauen geschenkt wird. Es wird daher zu wenig angewandt.

Die Prophylaxe ist aus ähnlichen Gründen mangelhaft, demgemäß ist die Infektionsmöglichkeit größer als anderwärts. — Dort ist also eingetreten, was in Deutschland eine nicht wenige Leser zählende Presse in zwar plumper, aber systematischer Form zu erreichen sucht. Wer einmal längere Zeit auch die medizinische Gegnerpresse liest (Impfgegner, Tier- und Menschenfreund, Naturheilarzt usw.), wird den Wert der Worte Hills erst richtig beurteilen können. Caveant consules — —.

Ihre reichen Erfahrungen stellen Colley und Egis (22) folgendermaßen in ihren Schlußsätzen zusammen: „Zur Kategorie der schweren Diphtherie gehören alle Fälle mit Halsödem, Fälle mit allgemeinen Intoxikationen und unaufhaltbar fortschreitenden Prozessen. Die schwere Diphtherie gab in den Jahren 1908 bis 1909 52% Sterblichkeit. Die Schwere der Form ist in der Mehrzahl der Fälle von der Virulenz der Infektion abhängig, zuweilen vielleicht von der Mischinfektion mit anderen Mikroorganismen (Streptokokken, Proteus).

Nach der Schwere und der Prognose können die malignen Diphtheriefälle in 3 Gruppen eingeteilt werden. Für die Streptokokkendiphtherie konnten wir kein besonderes klinisches Bild aufstellen. Kranke, welche in den ersten Krankheitstagen eingehen, sterben infolge allgemeiner Toxinämie, die in den späteren Tagen sterben am häufigsten infolge toxischer Myokarditis. Die Anwendung großer Serumdosen in den frühen Stadien der Krankheit (hier muß die Dauer nicht nach Tagen, sondern nach Stunden berechnet werden) übt einen günstigen Einfluß auf den lokalen Prozeß aus; jedoch bringen die zu großen Einzeldosen (über 16.000 J. E.) wohl kaum einen Nutzen. Die Behandlung mit wiederholten Dosen nach Méry macht auf uns einen günstigen Eindruck. Von den pharmazeutischen Mitteln gibt bei Myokarditis außer den gewöhnlichen Exzitantien und Tonicis (Strychnin, Koffein, Kampfer) das Adrenalin die besten Resultate."

Neufeld und Haendel (23) stellten im Gegensatze zu Kraus fest, daß der Antitoxingehalt eines Heilserums quantitativ dem Heilwerte desselben entspricht. Über die Bindung von Diphtherietoxin und Antitoxin und den Mechanismus stellte Mentz von Krogh (24) umfassende Untersuchungen an. Anfangs handelt es sich bei dieser Bindung um eine Adsorptionswirkung, die wieder trennbar ist. Erst nach $^1/_2$stündiger Einwirkung bei Zimmertemperatur kommt es zu einer chemischen Verbindung. Damit wird das Diphtherietoxin entgiftet; eine Trennung ist nicht mehr möglich.

Einige seltenere Lokalisationen der Diphtherie wurden beobachtet. Reinhardt (25) berichtet über einen Sektionsfall; es fanden sich auf der Brust, an den Extremitäten und in den Achselhöhlen diphtherische Ulzera — die klinisch für Lues angesprochen waren — mikroskopisch und kulturell fanden sich Diphtheriebazillen. Der Meerschweinchen-Impfversuch bestätigte die Diagnose. Auf den Tonsillen sowie in den histologischen Präparaten wurden ebenfalls Bazillen gefunden. Ihren Ursprung nahm die Infektion voraussichtlich von einer Rhinitis diphtherica, die ohne Membran verlaufen war. Everall (26) beobachtete anschließend an eine Nasen-

Rachendiphtherie schwere peritonische Allgemeinerscheinungen, Tympanie, Erbrechen usw., Störungen von seiten des Herzens und der Atmungsorgane. Auf Diphtherieheilserum trat schnelle Besserung ein; mit den Fäzes wurde eine Membran von 8 cm Länge entleert. Rausome und Corner (27) behandelten einen 6jährigen Knaben rechtzeitig mit großen Serumdosen. Am 17. Tage trat Gangrän des rechten Beines ein, die Amputation unterhalb des Kniegelenks erforderte. 9 derartige Fälle sind in der Literatur bekannt. Clothier (28) beobachtete frühzeitig in der zweiten Krankheitswoche Akkommodationslähmungen; an diese schlossen sich Lähmungen der Extremitäten an.

Anaphylaktische Erscheinungen (Serumkrankheit) nach Anwendung von Heilserum.

Zum Gebiete der Anaphylaxie werden sicher zur Zeit auch solche Erscheinungen gerechnet, die nichts damit zu tun haben. Die eigentliche Anaphylaxie ist eine Immunkörperreaktion, die erst dann auftreten kann, wenn einem Organismus parenteral zum zweiten Male artfremdes Eiweiß einverleibt wird. Die Aufnahme der immunisierenden, zur späteren Reaktion vorbereitenden Substanzen durch die Lungen konnte vom Referenten durch das Experiment nicht erzielt werden. Es ist daher zum mindesten zweifelhaft, ob Menschen durch häufigen Umgang mit Pferden gegen Pferdeserum überempfindlich werden können. Berechtigt ist aber entschieden die Forderung Goodalls (29), der in Anbetracht der eventuellen Serumkrankheit von der prophylaktischen Anwendung des Heilserums absehen will. Zur Vorsicht mahnt er ferner besonders bei Asthmatikern. Cavary (30) widmet sich dem Studium der Antianaphylaxie. Diese wird durch wesentlich größere Mengen des heterologen als des homologen Serums erzeugt. Verf. konnte an Hunden, die mit Pferdeserum behandelt waren, zeigen, daß sie gegen die Anaphylaxie bei Reinjektion von Pferdeserum durch größere Mengen nicht spezifischen (d. h. nicht von Pferden stammenden) Serums zu schützen sind. Diese Resultate dürften für die Prophylaxe der Serumkrankheit von nicht geringer Bedeutung sein. Hodgon (36) verhütete die Serumkrankheit dadurch, daß er am Tage der Seruminjektion und in den nächsten 4 bis 6 Tagen Schilddrüsentabletten gab. Seine Erfolge ermutigen Verf., dies Verfahren zu empfehlen. Schreiber (32) sah nach Injektion von Heilserum bei einem Patienten Ödem beider Augenlider eintreten. Er deutet dies als anaphylaktische Reaktion. Davon ausgehend, will Verf. sämtliche lokalen Ödeme als anaphylaktischer Natur ansprechen.

Dem Wesen der Serumkrankheit scheint v. Bokay (33) durch seine Beobachtungen näher zu kommen. Zwei noch nicht mit Serum behandelte Kinder aus verschiedenen Familien erkrankten direkt im Anschlusse an die Seruminjektion unter den allgemeinen Erscheinungen der Serumkrankheit. Das fragliche Serum stammte von demselben Pferde und von derselben Serumgewinnung. Eine Anzahl von anderen Kindern, die mit demselben Serum behandelt war, erkrankte

unter den gleichen Erscheinungen, allerdings nach der gewöhnlichen Inkubationszeit. — Bei diesen letzteren ist „Anaphylaxie" nicht auszuschließen, wohl bei den beiden ersten. Verf. glaubt dem Serum selbst, eventuell der Eigentümlichkeit des Serum spendenden Tieres die krankheitsauslösenden Erscheinungen zuschieben zu müssen. Ähnliche Beobachtungen werden von Rankin und Pryce (34) mitgeteilt.

1. Sommerfeld. Beitrag zur Epidemiologie der Diphtherie. Arch. f. Kinderheilk., 1911, Bd. 57.
2. Seligmann. Die Diphtheriebekämpfung in den Schulen und geschlossenen Anstalten. Zeitschr. f. Hyg., 1911, Bd. LXX.
3. Macdonald. Bericht über 90 Diphtheriebazillenträger. Lanc., 1911, S. 795.
4. Lippmann. Beobachtungen an Diphtheriebazillenträgern. Zeitschrift f. Hyg., Bd. 67.
5. Löresen. Zur Wertschätzung der Pyozyanose bei Persistenz der Diphtheriebazillen. Münchener med. Wochenschr., 1911, S. 625.
6. Page. 46 Diphtheriebazillenträger. Arch. inf. Med., 1911, Januar.
7. Blumenau. Über die aktive antidiphtherische Immunisierung des Kindes nach dem Prinzipe von Dzersgowsky. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIV, S. 141.
8. Weston und Kolmer. Die Meerschweinchenprobe zur Bestimmung der Virulenz von Diphtheriebazillen. Journ. of Inf., Bd. VIII, S. 295.
9. Blochmann. Die Diagnose der larv. Diphtherie im jüngsten Kindesalter. Berliner klin. Wochenschr., 1911, S. 1825.
10. Hüls: Schule und Diphtherie. Zeitschr. f. Schulges., 1911, S. 233.
11. Aaser. Über den Nachweis des Diphtheriegiftes im Blute Diphtheriekranker. Berliner klin. Wochenschr., 1911, Nr. 48.
12. Leede. Bakteriologischer Blutbefund bei Diphtherie. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1911, Bd. LXIX.
13. Kolleston. Der Blutdruck bei Diphtherie. The british Journ. of Child. Dis., Bd. VIII, S. 433.
14. Wickmann. Über größere Serumdosen bei Diphtherie. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1910, S. 421.
Fritz Meyer. Fortschritt in der Behandlung der Diphtherie. Berliner klin. Wochenschr., 1911, S. 2027.
16. Fedinsky. Ein Beitrag zur Frage der Antitoxindosen bei Diphtherie. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIV, S. 274.
17. Blumenau. Zur Frage der phlegmonösen Diphtherie und deren Behandlung. Arch. f. Kinderheilk., Bd. LV, S. 338.
18. Markuson und Agopoff. Über den Wert der prophylaktischen Injektion von Serum bei Diphtherie. Arch. de méd. des enfants, Bd. XIV, S. 5.
19. Smith und Brown. Weitere Untersuchungen über die immunisierende Wirkung von Mischungen von Diphtherietoxin und Diphtherieantitoxin. The Journ. of Med. Res., Bd. XXIII, S. 433.
20. Mr. Keen. Plötzlicher Tod nach Injektion einer prophylaktischen Dosis von Diphtherieantitoxin. Boston Med. and Surg. Journ., 1911, S. 503.
21. Hill. Hohe Sterblichkeit bei Diphtherie in den Vereinigten Staaten. Med. Record, 1911, Aprilheft.
22. Colley und Egis. Die Diphtherieepidemie nach dem Material des Morosoffschen städtischen Krankenhauses. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIII, Ergänzungsh., S. 27.
23. Neufeld und Händel. Über den Zusammenhang von Heilwert und Antitoxingehalt des Diphtherieserums. Arbeiten aus dem kais. Ges. A., Bd. XXXVIII, S. 219.

24. Mentz von Krogh. Ist die Bindung von Ditoxin und Antitoxin eine Adsorptionswirkung? Zeitschr. f. Hyg., Bd. 68, S. 251.
25. Reinhardt. Zur Kenntnis der Hautdiphtherie. Virchows Arch., Bd. CCV, S. 452.
26. Everall. Abdominaldiphtherie. Journ. of. Amer. Assoc., 1911, Januarh.
27. Rausome und Corner. Gangrän einer Extremität während der Rekonvaleszenz nach Diphtherie. Lanc., 1911, Bd. I, S. 94.
28. Cothier. Postdiphtherische Akkomodationslähmung. New York Med. Journ., 1911, Februar.

Serumkrankheit.

29. Goodall. Einige Punkte, die von Bedeutung für die Serumbehandlung der Diphtherie sind. British Med. Journ., 1911, S. 1442.
30. Calvary. Zur Spezifität der Antianaphylaxie. Münchener med. Wochenschr., 1911, S. 1442.
31. Hodgon. Die Verwendung von Schilddrüsensusbstanz gegen Serumexanthem. Lanc., 180, I, S. 373.
32. Schreiber. Arch. de méd. des enf., 1911, Aprilh.
33. v. Bokay. Beiträge zur Kenntnis der Serumkrankheit. Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 9.
34. Rankin und Pryce. Ein Fall ven sofortiger Serumreaktion. Lanc., 179, II, S. 1760.

Pertussis.

Finisio (1) bestätigt in seinen Untersuchungen, daß der Bordet-Gengonsche Bazillus der Erreger des Keuchhustens ist. Er konnte ihn in allen Fällen nachweisen und mittels der biologischen Untersuchungsmethoden seine Beziehungen zu der Infektion bestätigen. Von den biologischen Methoden scheint die Komplementbindung als diagnostisches Hilfsmittel wertvoll zu sein; Delcourt (2) fand, daß diese in allen Fällen auch in den uncharakteristischen und im Anfangsstadium positiv ausfiel. Ähnliche Beobachtungen machten Lesage und Collin (3). Den Husten, der nach überstandener Infektion zurückbleibt, wollen diese Autoren rein psychisch ohne Medikamente behandeln. Eine eigenartige Beobachtung stammt von Welde (4). Gelegentlich einer Grippeepidemie in einem Säuglingsheim erkrankten die Zwillinge einer Amme. Die Erkrankung des einen verlief als Grippe mit ausgesprochener Bronchitis; die des andern als typischer klinischer Keuchhusten. Eine Einschleppung von außen ist auszuschließen; bei den anderen Kindern erfolgte keine Infektion mit Keuchhusten. Verf. ist danach der Ansicht, daß verschiedene Erkrankungen der oberen Luftwege sich klinisch wie Keuchhusten äußern können. In der Diagnostik des Keuchhustens wird dem Blutbild von verschiedenen Seiten Bedeutung zugesprochen. Aschby (5) fand bei 100 keuchhustenkranken Kindern stets eine Leukozytose mit 15.000 bis 30.000 Leukozyten. Davon waren zirka 60% Lymphozyten. Differentialdiagnostisch hält Kolmer (6) solch eine Leukozytose und Lymphozytose von großem Werte. Regnault (7) hält den Keuchhusten nach seinen Beobachtungen so lange für infektiös, als Leukocytose besteht. Sobald die Leukozytenzahl normal ist, ist die eigentliche Infektion geheilt. Danach auftretende „Anfälle" sind neuropathischer Natur; diese bessern sich durch Luftwechsel.

Der Urin ist in der Zeit der akuten Infektion reich an Harnsäure, danach wird er klar und sinkt in seinem Harnsäuregehalt auf die Norm zurück.

Im Anschlusse an einen Keuchhusten sah Wiegmann (8) bei einem Kinde Neuritis optica entstehen.

Über die Therapie sind die Ansichten in der Literatur geteilt. Fischl (9) empfiehlt Antitussin und Zypressenöl, Muralt (10) tritt für Droserin ein, Rosenfeld (11) sah vom Antipyrin guten Erfolg. Gegen das Erbrechen empfiehlt Naamé (12) Ichtyol. Zur Raumdesinfektion wendet Levy (13) Sanofia an; es wird dabei das Zimmer mit Menthol, Eukalyptol, Terpentinöl usw. geräuchert.

1. Finisio. Der Bordet-Gengousche Bazillus in der Ätiologie des Keuchhustens. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. III, S. 121.
2. Delcourt. Die Diagnose d. abort. Keuchhustens durch die Bordet-Gengousche Reaktion. Arch. de méd. des enf., 1911, S. 70.
3. Lesage und Collin. Über das Bestehenbleiben des Hustens und des Keuchhustens. Gaz. des hôp., 1911, Januarh.
4. Welde. Beitrag zur Ätiologie des Keuchhustens. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1911, S. 35.
5. Ashby. Diagnostischer Wert der Leukozytose bei Keuchhusten. British Med. Journ., Nr. 2575.
6. Kolmer. Der diagnostische Wert des Blutbildes beim Perstussis. Amer. Journ. Dis. Child., 1911, Juni.
7. Regnault. Der Keuchhusten, Untersuchung über die Ansteckungsdauer etc. Paris, 1911.
8. Wiegmann. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1911, April.
9. Fischl. Die Behandlung des Keuchhustens. Fortschr. f. d. Med., S. 28.
10. Muralt. Korresp. f. schwed. Ärzte, 1911, Nr. 20.
11. Rosenfeld. Berliner klin. Wochenschr., 1911, S. 1686.
12. Naamé. Behandlung des Keuchhustens mit Ichthyol. Gaz. des hôp,. 1911, März.
13. Levy. Ther. d. Gegenw., 1911, S. 307.

Tuberkulose.

Infektionen des menschlichen Organismus mit Tuberkulose erfolgen so gut wie ausschließlich mit menschlichen Tuberkelbazillen. Der kranke Mensch ist auch hier die eigentliche Quelle zur Verbreitung der Krankheit. Die Rindertuberkulose spielt für Neuinfektionen eine relativ minimale Rolle. Speziell für die Tuberkulose des Kindesalters wurde diese Lehre Kochs von Rothe (1) bestätigt. Verf. verimpfte gesondert Mesenterial- und Bronchialdrüsen von 100 Kindern subkutan auf Meerschweinchen. Nach erfolgter Infektion wurden Kulturen auf 2%igem Glyzerinrinderserum angelegt. Kaninchen injiziert erzeugten Kulturen vom Typus bovinus allgemeine Tuberkulose, solche vom Typus humanus dagegen nur lokale und regionäre Infektion. Von den 100 untersuchten Kindern erwiesen sich 21 tuberkulös. Von insgesamt 34 Kulturen gehörten 32 dem Typus humanus, nur 2 dem Typus bovinus an. (Durch Impfung beim Rinde bestätigt!) Diese beiden entstammten demselben Kinde. Die Bronchialdrüsen waren in 70%, die Mesenterialdrüsen in 49%

tuberkulös. Die Infektion war danach häufiger von den Luftwegen als vom Verdauungstraktus aus erfolgt.

Möllers (2) bestätigte ebenfalls die Kochschen Anschauungen. Er fand im Auswurfe der Phthisiker ausschließlich Tuberkelbazillen vom Typus humanus. Auch Preisich (3) betont an Hand eines größeren statistischen Materials die seltene Infektion von Kindern mit dem Typus bovinus. Eine intrauterine Infektion beobachtete Dietrich (4). Drei Tage vor ihrem Tode an miliarer Tuberkulose wurde von einer Frau ein Kind geboren. Nach der Geburt kam dasselbe mit der Mutter nicht mehr in Berührung; es entwickelte sich bei künstlicher Ernährung gut. Nach drei Monaten starb es an allgemeiner Tuberkulose. Da in der mütterlichen Plazenta mittels des Antiforminverfahrens Tuberkelbazillen nachgewiesen wurden, eine sonstige Infektionsmöglichkeit für das Kind nicht bestand, glaubt Verf. die Tuberkulose des Kindes auf intrauterine Infektion zurückführen zu können. In der mütterlichen Plazenta fanden ebenfalls mit dem Antiforminverfahren Nowack und Ranzel (5) in 7 von 10 untersuchten Fällen Tuberkelbazillen. Die Autoren halten danach eine intrauterine Infektion für wohl möglich.

Horst und Lessing (6) bestätigen aufs neue den Wert des Antiforminverfahrens zum Nachweise der Tuberkelbazillen. In Gewebsstücken, die auf dem Gefriermikrotom mit oder ohne vorangegangene $^1/_2$stündige Formalinhärtung vereist und geschnitten werden, bleiben die Tuberkelbazillen für Meerschweinchen pathogen. Die Hämatoxilinfärbung tötet dieselben ebenfalls nicht. Danach kann man Gewebe zunächst histologisch auf Tuberkulose untersuchen, dasselbe Material kann dann in Antiformin gelöst und Meerschweinchen injiziert werden.

Lateiner (7) verimpfte 1 bis 2 Knötchen vom sogenannten papulösen Tuberkulid der Säuglinge auf Meerschweinchen und erzeugte dadurch jedesmal Impftuberkulose. Verf. spricht danach das papulöse Tuberkulid als Form disseminierter hämatogener Tuberkulose der Haut an. Ehrhardt (8) sah bei einem 9 jährigen Mädchen im Anschlusse an die Extraktion eines kariösen Zahnes eine Tuberkulose der Alveole und der angrenzenden Gingiva auftreten. Daran schloß sich Drüsenschwellung an Kiefer und Hals an. Verf. glaubt, daß die Infektion durch die Zahnzange erfolgte, fordert infolgedessen eine gründliche Desinfektion der Instrumente vor dem jeweiligen Gebrauch.

In der Therapie der Lungentuberkulose fordert Inman (9) die Berücksichtigung der Mischinfektion. Diese ist häufig vorhanden. Aus der Fieberkurve ist dieselbe allerdings nicht immer sicherzustellen. Von einer spezifischen Therapie der Mischinfektion verspricht Verf. sich günstigen Erfolg. Ebenfalls mehr Vorschläge als Tatsachen enthält die Arbeit Pawlowskys (10). Er hofft von einer Kombination der verschiedenen Tuberkuline ein Vakzin herstellen zu können, das beim Menschen Immunität gegen Tuberkulose erzeugt. Verf. stellt selbst ein Präparat von völlig getrockneten und fein verriebenen Bazillenkörpern dar.

Fuchs und Neubauer (11) konnten die Befunde Schloßmanns, nach denen schnell steigende Tuberkulindosen guten Erfolg in der Behandlung tuberkulöser Kinder hatten, nicht bestätigen. Oft beobachteten sie dabei Progredienz oder sogar Propagation der tuberkulösen Affektion. Bessere Resultate sahen die Autoren von der Escherich schen anaphylaktisierenden Therapie. Die Kinder entwickelten sich gut, der objektive Krankheitsbefund besserte sich. Allerdings geben die Autoren zu, daß sich zur erfolgreichen Therapie nur leichter Erkrankte eignen.

Die chemische Beeinflussung der Tuberkelbazillen gelingt nur mit relativ wenig Desinfektionsmitteln. Leschke (12) stellt fest, daß einige organische Säuren Tuberkelbazillen lösten. In diesen Lösungen sind die reaktionsfähigen Eiweiß- und Fettkörper der Bazillen enthalten. Von diesen aufgeschlossenen Emulsionen weisen Much und Leschke (13) nach, daß sie die antigenen Eigenschaften zur Komplementbindung enthalten. Auch die Tuberkulinüberempfindlichkeit ließ sich damit erzeugen. In reinener Form soll das Tuberkelbazillengift in der Glykuronsäure-Tuberkelbazillenaufschließung vorhanden sein. Mit dieser läßt sich dort, wo Tuberkulin eine anaphylaktische Reaktion gibt, ebenfalls eine solche erzeugen.

Dieselben Autoren (14) fanden bei sämtlichen säurefesten Stäbchen und ebenfalls in der Bouillon, auf der sie gezüchtet waren, spezifische, gemeinsame Stoffe. Zur Immunisierung eines Körpers sind die Fettantikörper, die besonders von Tuberkelbazillenauflösungen erzeugt werden, von Bedeutung, und zwar gehören auch sämtliche anderen Stoffe der Bazillen dazu. Bei Lepra scheint der Fettantikörper zu fehlen. Versuche mit der Komplementbildung fallen sowohl bei „ausgeheilter" als auch bestehender Tuberkulose, überhaupt überall dort, wo ein Konnex mit Tuberkelbazillen bestand, positiv aus. Serum von Leprakranken reagiert auch gegen Tuberkelbazillen.

1. Rothe. Untersuchungen über tuberkulöse Infektionen im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 343.
2. Möllers. Über den Typus der Tuberkelbazillen im Auswurf der Phthisiker. Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 341.
3. Preisich. Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter. Wiener med. Wochenschr., 1911, S. 190.
4. Dietrich. Kongenitale Tuberkulose. Berliner klin. Wochenschrift, 1912, Nr. 19.
5. Nowack und Ranzel. Beitrag zur Kenntnis der Placenta tuberculosa. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 67, S. 719.
6. Horst und Lessing. Untersuchungen über den Wert der Antiforminmethode für den Tuberkulosenachweis im Gewebe. Wiener klin. Wochenschr., 1911, S. 303.
7. Lateiner. Über den histologischen Bau und die Bazillätiologie des sogenannten papulösen Tuberkulids des Säuglings. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1911, S. 442.
8. Erhardt. Primäre Tuberkulose der Mundschleimhaut und des Unterkiefers nach Zahnextraktion. Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 124.
9. Juman. Mischinfektion bei Lungentuberkulose. Lancet, 13., 4, 12.
10. Pawlowsky. Über die Immunisierung gegen die Tuberkulose und ihre Serumbehandlung. Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. XVII, S. 1.

11. Fuchs und Neubauer. Behandlung tuberkulöser Kinder mit niedrigen Tuberkulindosen. Wiener klin. Wochenschr., 1911, Nr. 50.
12. Leschke. Die Auflösung der Tuberkelbazillen nach Deyke und Much. Bauers Beiträge, Bd. XX, S. 43.
13. Much und Leschke. Ebenda.
14. — Ebenda.

Milzbrand.

Die Askolische Präzipitinreaktion wird von verschiedenen Seiten als gut und zuverlässig bestätigt. Diese beruht darauf, daß ein klar filtrierter Extrakt selbst aus faulen Milzbrandorganen ein Präzipitat gegen Milzbrandimmunserum gibt.

Nach den Untersuchungen von Ottolenghi ist die im Tierkörper von den Bazillen gebildete Kapsel nicht als Schutzmittel des lebenden Bazillus aufzufassen.

1. Roncaglio. Zur Kenntnis der Thermopräzipitinreaktion Askolis bei Milzbrand. Zeitschr. f. Im., Bd. XII, S. 44.
2. Lebre. Die Diagnose des Milzbrandes mittels der Askolischen Reaktion. Zeitschr. f. Im., Bd. XII, S. 44.
3. Ottolenghi. Über die Kapsel der Milzbrandbazillen. Zeitschr. f. Im., Bd. XII, H. 4.

Influenza.

Simon (1) berichtet über zwei Fälle von Influenzameningitis, die letal endeten. Die Sektion ergab im Liquor cerebrospinalis, im Eiter und in einigen Organen typische Influenzabazillen. Verf. referiert dann die in der Literatur vorhandenen Fälle. Es sind das insgesamt 41. Von diesen betrafen 27 das erste Lebensalter mit einer Sterblichkeit von 96·3%, 6 das zweite Lebensjahr mit einer Sterblichkeit von 94%. 37 waren im ersten Lebensjahrzehnt überhaupt; es starben zirka 90% der Erkrankten. Vogt (7) fand bei 37 grippekranken Kindern 23mal Influenzabazillen. Unter diesen fand sich ein Fall von Empyem, in dessen Eiter eine Reinkultur von Influenzabazillen wuchs. Verf. widmet sich dann der Klinik der Fälle. Clemens und Gould (2) geben einen Bericht über einen zu Lebenszeiten diagnostizierten Fall von eitriger Zerebrospinalmeningitis, der durch Influenzabazillen verursacht war. Fraser (3) beobachtete einen Fall von eitriger Arthritis des Kniegelenks. Im Eiter fanden sich ebenfalls Influenzabazillen. Heilung trat nach Arthrotomie ein. Während im allgemeinen die Influenzabazillen nicht tierpathogen sind, züchteten Prašek und Jatelli (4) aus dem Eiter eines $1^1/_2$jährigen Kindes, das an eitriger Meningitis gestorben war, ein Stäbchen, das sich kulturell und morphologisch wie die Influenzabazillen verhielt, aber tierpathogen war. Flexner (5) heilte mit Immunserum, das von Ziegen gewonnen war, infizierte Affen. Wollstein (6) konnte durch intralumbale Verimpfung von Influenzabazillen bei Affen typische Meningitis erzeugen, die mit Bakteriämie in 1 bis 4 Tagen zum Tode führte. 24 Stunden nach erfolgter Infektion ließen sich diese Tiere durch intralumbale Injektion von Immunserum, das von Ziegen stammte, heilen. Da die Influenzameningitis sehr bösartig ist (in der

Literatur sind zirka 10% Spontanheilung bekannt), dürften diese Versuche von nicht geringer praktischer Bedeutung sein.

1. Simon. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1911, S. 549.
2. Clemens und Gould. Bericht über einen zu Lebenszeiten diagnostizierten Fall von citriger Zerebrospinalmenigitis. Arch. of Ped., 1911, S. 210.
3. Fraser. Lancet, 1911, Bd. CLXXX, S. 1573.
4. Prasek und Jatelli. Ein Beitrag zur Kenntnis der tierpathogenen Bazillen der Influenzagruppe. Wiener klin. Wochenschr., 1911, S. 932.
5. Flexner. Influenzameningitis und direkte Serumbehandlung. Journ. of Amer. Assoc., 1911, Julih.
6. Wollstein. Serumbehandlung der Influenzameningitis. Journ. of Exper. Med., Bd. XIV, S. 73.
7. Vogt. Die Bakterien der Respir.-Erkrankungen im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk., 1911, Bd. LXXIII, S. 142.

Meningitis cerebrospinalis epidemica.

Die Bedeutung der Parasitenträger wird auch hier für die Epidemiologie anerkannt: Hachtel und Hayward (1) sahen in einem Waisenhause im Laufe einiger Monate 4 Fälle von Meningitis cerebrospinalis epidemica auftreten. Die Zeiträume zwischen den einzelnen Erkrankungen waren verschieden groß. Bei bakteriologischer Untersuchung fanden sich unter 99 Insassen 15 Bazillenträger. Nach Isolierung derselben trat keine Infektion mehr auf. Die Behandlung bestand in Zerstäubung von Antimeningokokkenserum; die Resultate waren günstig. Einen Beitrag zur Frage der Meningokokkenträger liefert Sachs-Müke (2). Verf. vertritt den Standpunkt, daß ein Teil der angeblichen Meningokokkenträger keine echten pathogenen Kokken beherbergt; vielmehr finden sich oft apathogene Pseudomeningokokken. Sie erschweren die Diagnose ganz erheblich, da sie sich kulturell von den echten nicht unterscheiden, wohl aber durch einen geringeren Agglutinationstiter. Danach müßte, falls diese Untersuchungen bestätigt werden, jeder rein gezüchtete Meningokokkenstamm austitriert werden, ehe der Träger als „Meningokokkenträger" bezeichnet und behandelt wird. Ein einfaches Verfahren zum Nachweise der Meningokokken gibt Bruynoghe (3) an. Der durch Lumbalpunktion gewonnene Liquor des Kranken wird direkt in Bouillon aufgefangen. Nach einer Bebrütungsdauer von einigen Stunden lassen sich an der Oberfläche reichlich Meningokokken nachweisen, zu einer Zeit, wo auf Agar noch nichts zu sehen ist. Bei Mischinfektionen ist das Verfahren unbrauchbar.

Rusca (4) beschreibt das Blutbild bei der Meningitis cerebrospinalis epidemica. Die Erkrankung beginnt mit Leukozytose, die durch Vermehrung der polynukleären Leukozyten bedingt ist. Die Neutrophilen nehmen an Zahl zu bei Verschilmmerung, an Zahl ab beim Abklingen der Erscheinungen. Vor dem Exitus werden Eosinophile und Mastzellen nicht beobachtet. Jochmann (5) wandte über 5 Jahre lang mit gutem Erfolge Heilserum an (von Merk und vom Berliner Institut für Infektionskrankheiten). Er injizierte intra-

lumbal Erwachsenen und älteren Kindern 20 bis 30 cm³, jüngeren Kindern 20 cm³, Säuglingen 10 cm³. Die allgemeinen Erscheinungen, Kopfschmerz, Nackenstarre, Benommenheit, besserten sich. Der Liquor wurde klar. Auch Schepelmann (6) sah recht günstige Erfolge von Heilserum bei frühzeitiger intralumbaler Injektion von großen Dosen. Die Erfolge waren so gut, daß sie denen des Diphtherieheilserums an die Seite zu stellen sind. Merle (7) spritzte intralumbal in den ersten 3 Krankheitstagen täglich 20 cm³ Heilserum. Die 9 beobachteten Fälle verliefen so günstig, daß Verf. die Anwendung warm empfiehlt. Die subkutane Injektion hatte auch merkliche Erfolge.

1. Hachtel und Hayward. Eine Hausepidemie von Meningitis cerebrospinalis, die durch Ausschluß von Parasitenträgern ... Journ. of Inf., Bd. VIII, S. 444.
2. Sachs-Müke. Beitrag zur Frage der Meningitisträger. Hyg. Rundschau, 1911, Nr. 12.
3. Bruynoghi. Einfaches Verfahren zur Züchtung von Meningokokken. Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. LVI, S. 92.
4. Rusca. Das Blutbild der Meningitis cerebrospinalis epidemica und deren diagnostische und prognostische Bedeutung. Arch. f. klin. Med., 1911, Bd. CIII, S. 235.
5. Jochmann. Über die Serumbehandlung der epidemischen Genickstarre. Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1753.
6. Schepelmann. Genickstarre und Heilserum. Wiener klin. Wochenschr., 1911, S. 118.
7. Merle. Bull. ds la Soc. de péd., Paris 1910, S. 327.
8. Dann. Meningitis cerebrospinalis, deren Ätiologie, Diagnose, Prognose und Behandlung. Amer. Journ. of Child. Dis., 1911, S. 95.
9. Holt. Beobachtung an 300 Fällen okulter Meningitis bei Säuglingen und jungen Kindern. Ebenda, Januarh.

Pneumokokken.

Lamar und Meltzer (1) erzeugten bei Hunden typische, fibrinöse Pneumonie durch Injektion von Pneumokokkenkulturen tief in die Bronchien der Tiere hinein. Von 42 gingen 7 zugrunde, es zeigte sich Hepatisation ganzer Lappen. Die anderen Tiere überstanden in der 2. Woche die Infektion.

Dmitrenko (2) wandte das Merksche Pneumokokkenvakzin („abgetötete Pneumokokkenkultur") bei Lungenentzündung an. In 8 akuten Fällen zeigte sich keine Beeinflussung des normalen Krankheitsverlaufs, während in 2 Fällen von chronischer Pneumonie ein guter Erfolg verzeichnet wurde. Die Patienten wurden bald gesund. Das Vakzin selbst soll unschädlich sein.

1. Lamar und Meltzer. Experiment. Pneumonie. Zentralbl. f. pathol. Anat., Bd. XXIII, H. 7.
2. Dmitrenko. Versuch, Pneumokokkenvakzin bei der Lungenentzündung anzuwenden. Russky Wratsch., 1911, Nr. 8.

Erysipel.

Verf. empfiehlt Diphtherieheilserum gegen Erysipel. Er beobachtete rasche Heilung und Entfieberung.

Polak. Diphtherieserum bei Erysipel. Wiener med. Wochenschr., 1911, S. 1913.

Scharlach und Streptokokken.

Schleißner (1) fand unter 108 Scharlachkindern bei 60 im Blute Streptokokken. Bezüglich der zu erwartenden Komplikationen oder der Prognose ist dieser Streptokokkenbefund nicht zu verwerten. Komplikationen fanden sich bei Streptokokkenbefund in 31% der Fälle, ohne solchen in 35%. Mittels der Komplementbindungsmethode stellte Verf. fest, daß im Serum von Scharlachpatienten Immunkörper gegen Streptokokken, im Serum von septisch Erkrankten dagegen solche sich nicht fanden. Verf. will streng unterschieden wissen zwischen Scharlach- und septischen Streptokokken. Derselbe Autor mit Spät (2) gemeinsam fand, daß Scharlachstreptokokken im Gegensatze zu anderen pathogenen Streptokokken des Menschen im bakteriziden Plattenversuch fast stets abgetötet wurden. Ein brauchbares Streptokokkenserum kann daher von Scharlachstreptokokken nur dann gewonnen werden, wenn diese aus dem Blute gezüchtet wurden. Diese erwiesen sich im allgemeinen wesentlich weniger tierpathogen als gewöhnliche Streptokokken.

Im Gegensatze zu diesen Arbeiten spricht Wladimiroff (3) dem Streptokokkus bezüglich seiner Rolle als Erreger des Scharlachs eine größere Bedeutung zu. Mit der Streptokokkenvakzination nach Grabitschewsky soll ein Schutz gegen die Infektion mit Scharlach zu erzielen sein. Bei solch einer Schutzimpfung werden skarlatiniforme Exantheme und allgemeine Erscheinungen erzeugt. Bezüglich des Schutzes gegen spätere Infektionen sah auch Wylezynki (4) und ebenso Koszkowski und Czarkowski (5) von dem Vakzin gutes.

Den Scharlacherreger vermutet Vipond (6) in einem Bazillus, den er aus den Lymphdrüsen von Scharlachpatienten reingezüchtet hat. Er wächst auf sämtlichen Nährböden ohne besondere Mühe. Die Reinkultur erzeugte, auf Kaninchen und Affen verimpft, skarlatiniforme Affektionen. — Eine Bestätigung bleibt abzuwarten. Dem Studium der Einschlußkörperchen beim Scharlach sind mehrere Untersuchungen gewidmet; welche Rolle diese Körperchen spielen — ähnliche Gebilde wurden bekanntlich auch bei der Schweinepest gefunden — ist bisher noch nicht sichergestellt. Döhle (7) fand diese Einschlüsse in Anzahlen von 1 bis 6 im Protoplasma der polynukleären Leukozyten. Es sind kleine ovale bis runde Körner; über ihre Bedeutung sagt Verf. nichts Bestimmtes. Bernhardt (8) konnte durch Verimpfung des Zungenbelags von Scharlachkranken auf Affen scharlachähnliche Affektionen erzeugen. Durch Weiterimpfung des Drüsensaftes derselben wurde stets das gleiche Krankheitsbild erzeugt. Hierbei fanden sich gleichfalls Einschlußkörperchen. Höfer (9) beobachtete gleichfalls in den Organen von Scharlachkranken Einschlußkörperchen, die aber denen von Bernhardt nicht glichen. Es ist möglich, daß diese ein anderes Entwicklungsstadium sind.

In Zusammenhang mit diesen Befunden ist folgender Arbeit, die diagnostisch auch nicht ohne Interesse ist, zu gedenken:

Die Bordet-Gengousche Reaktion wandte Barannikow (10) beim Scharlach mit Erfolg an. Als Antigen benutzte Verf. Extrakte aus Organen, aus Se- und Exkreten der Kranken. Mit dem Serum von Scharlachblut gab dies Antigen fast regelmäßig (von 62 Fällen 53 mal) Hemmung. Bei anderen Erkrankungen, Masern, Röteln, Diphtherie usw. trat keine Hemmung ein. Allerdings wurde gelegentlich auch bei Syphilitikern schwache Hemmung beobachtet.

Lederer und Stolte widmen der Klinik des Scharlachherzens eine sehr interessante Arbeit. Sie stellen fest, daß bei Abnahme des Körpergewichts der Patienten die Herzsymptome zunehmen und umgekehrt. Die Ursache dieser Erscheinung ist durch physikalische Störungen bedingt; wurden sie beseitigt durch Erhöhung des Blutdruckes in den Gefäßen, so schwanden die Erscheinungen (Geräusche, Arythmien, Labilität des Pulses usw.).

1. Schleißner. Beitrag zur Kenntnis der Streptokokken bei Scharlach. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1911, S. 28.
2. Schleißner und Spät. Über die Untersuchung zwecks septischer Schalrachstreptokokken auf Grund bakteriologischer... Jahrb. f. Kinderheilk., 1911, S. 317.
3. Wladimiroff. Zur Frage über die Scharlachvakzination und Anginen. Arch. f. Kinderheilk., 1911, S. 411.
4. Wyleczynski. Zur prophylaktischen Scharlachvakzination. Gaz. l., 1911, S. 581.
5. Koszkowski und Czarkowski. Ein Beitrag zur prophylaktischen Anwendung der Scharlachvakzination bei Kindern. Przegl. pedj., 1911, S. 14.
6. Vipond. Scharlachfieber. Vorläufiger Bericht über seinen Erreger. Arch. of Ped., 1911, S. 564.
7. Döhle. Leukozyteneinschluß beim Scharlach. Zentralbl. f. Bakteriol., 1911, S. 93.
8. Bernhardt. Experimentelle Untersuchung über die Scharlach-Ätiologie. Med. Wochenschr., 1911, S. 791 und 1062.
9. Hofer. Über intrazellulären Einschluß bei Skarlatina. Berliner med. Wochenschr., 1911, S. 1063.
10. Barannikow. Die Bordet-Gengonsche Reaktion bei Scharlach. Russky Wratsch, 1911, Nr. 19.
11. Lederer und Stolte. Scharlachherz. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIV, S. 395.

Poliomyelitis.

Kandutsch (1) stellt fest, daß die „essentielle Kinderlähmung" von früher identisch mit der Polyomyelitis ist. Infolge geringer Disposition des Menschen verläuft die Erkrankung gewöhnlich abortiv, d. h. ohne typische Lähmungen zu hinterlassen. Die Erkrankung ist zwar kontagiös, wegen ihres im allgemeinen harmlosen Verlaufes brauchen verschärfte Maßregeln gegen ihre Weiterverbreitung nicht ergriffen zu werden. Disposition und anderseits Immunität sind anscheinend erblich.

Kandutsch. Einige Erfahrungen über Heine-Medinsche Erkrankungen im Bezirke Otsch-Landsberg. Amtsarzt, 2, S. 489.

Variola, Vakzination.

Siegel (1) züchtete unter mühsamen Kautelen aus Milz und Blut eines „geimpften" Kalbes Kokken, die bei der Reinzüchtung durch Aushungern so klein wurden, daß sie Filter passierten. Ihre Lebensfähigkeit hatten sie dadurch indessen nicht eingebüßt. Mit der 37. Kultur gelang es bei der Kornea-Impfung, die charakteristischen Guarnierischen Körperchen zu erzeugen. Ein viermal vakzinierter Mann reagierte auf Impfung mit dieser Kultur mit einem fieberhaftem Ausschlage, der sich über mehrere Wochen erstreckte. Das Krankheitsbild erweckte den dringenden Verdacht auf Variola. Paschen (2) fand bei echter Variola stets die schon früher (1907) von ihm entdeckten kleinsten Körperchen der Variola im Pustelanstrich. Die Färbung geschieht mit Löfflerbeize oder Karbolfuchsin. In den Vakzinepusteln nach Impfung, im Schafpockenausschlag fanden sich ähnliche Gebilde, bei Varizellen dagegen nicht. Diagnostisch hält Verf. den Körperchenbefund als beweisend für Variola. Vor der Kaninchenkorneaimpfung hat er den Vorzug, schneller das Resultat zu liefern.

Schilling 4) gewann von Schafen einen sehr brauchbaren Impfstoff, für Gewinnung desselben in den Tropen glaubt er damit das geeignete Tier gefunden zu haben.

Meder (5) beobachtete im Anschlusse an die Vakzination bei einem Erstimpfling eine Art generalisierter Vakzine, die sich auch in einem Intertrigo der Kniekehle ansiedelte. Heilung.

Levy (6) bestätigt aufs neue in einem interessanten Bericht über eine kleine Pokkenepidemie in einer Familie, daß die Vakzination die Ansteckungsgefahr verringert, daß die echten Variola bei vakzinierten Menschen wesentlich milder auftreten. Die Beschreibung der Epidemie ist im Originale nachzusehen. Verf. kommt zu folgendem Schlusse: Die Vakzination, wie sie bisher in 5- bis 10jährigen Intervallen erfolgt, ist kein unbedingter Schutz gegen jede Infektion. Soll sie einen solchen bewirken, so müssen die Vakzinationen häufiger wiederholt werden. Immerhin wird ein positiver Nutzen der Impfung am vorliegenden Beispiel erwiesen. Kirchner (7) beweist an einem großen statistischen Material den eminenten Nutzen der Impfung. Wie wertvoll solche Schriften sind, wird erst der richtig ermessen können, der einmal die impfgegnerische Presse verfolgt hat. Um die fanatischen Übergriffe derselben zu paralysieren, ist die vorliegende Schrift der weitesten Verbreitung in Fach- und Laienkreisen wert.

1. Siegel. Gelungene Reinkulturen des Cystorrhyctes vaccinae. Zentralbl. f. Bakteriol., I. Orig., 59. ,S. 46.
2. Paschen. Zur Pockendiagnose. Münchener med. Wochenschr., 1911, S. 1301.
3. Casagrandi. Zur Ätiologie der menschlichen Pocken. Zentralbl. f. Bakteriol., I, 57, S. 402.
4. Schilling. Übertragungsversuche von Vakzine auf das Schaf. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1911, S. 283.
5. Meder. Über einen eigentümlichen Verlauf von Impfpusteln. Münchener med. Wochenschr., 1911, S. 2019.

6. Ernst Levy. Ein Beitrag zur Frage des Impfschutzes. Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 493.
7. Kirchner. Schutzpockenimpfung und Impfgesetz. Berlin, 1911, Rich. Scholtz.

Mumps

Hutinel (1) hält den Micrococc. tetragenes für den Erreger der Parotitis. In seinem Vortrage stellt Verf. weiter fest, daß die Erkrankung beim Kinde im allgemeinen wesentlich leichter als beim Erwachsenen verläuft. Hier treten oft üble Komplikationen auf. Verf. sucht diese als Metastasen von der Parotitis aus zu erklären. Als solche beobachtete Verf.: Orchitis, Oophoritis, Mastitis. Entzündungen von Thymus, Thyeroidea, Pankreas, Nieren, ferner Polyneuritis und speziell Befallenwerden des Akusticus und Ausgang in Taubheit. Verf. bespricht dann einen Fall, in dem es sich wahrscheinlich um eine intrauterine Schädigung des Kindes infolge Mumps der Mutter handelt.

Mauthner 2) teilt einen Fall von Mumpstaubheit mit, desgleichen Lindley Lewell (3). Die Prognose ist ungünstig. Therapeutisch wandte der Autor Pilokarpin frühzeitig an.

Freund (4) beobachtete bei einem Falle von Mumps Komplikationen von seiten des Pankreas. Er ist der Ansicht, daß das Virus auf dem Wege des Verdauungstraktus verschleppt wurde. Einen ähnlichen Fall beschreibt Neurath (5).

1. Hutinel. Mumps und seine Komplikationen L. Path. inf., 1911, S. 105.
2. Mauthner. Über Mumpstaubheit. Wiener klin. Wochenschr., 1911, S. 2089.
3. Lindley Lewell. Taubheit infolge von Parotitis epid. Lancet, 1911, Nr. 7.
4. Freund. Beobachtung über Parotitis epid. mit Komplikationen von seiten des Pankreas. Wiener klin. Wochenschr., 1911, S. 3134.

Masern.

Freibelmann (Arch. f. Kinderheilk., 1911, Bd. LVII, S. 50) beobachtete ein doppeltes Masernrezidiv an einem 6jährigen Knaben. Und zwar trat dieses einmal nach 10, dann nach 21 Tagen auf. Komplikationen wurden nicht weiter beobachtet. Zu ihren früheren Beobachtungen, nach denen Blut von Masernkranken vor dem Ausbruche des Exanthems für Affen infektiös ist, zeigten Goldberger und Anderson, daß auch mit Schleimhautsekreten die gleichen Erscheinungen sich erzielen lassen. Das Masernvirus geht durch Berkefeldkerzen, wird durch Austrocknung nicht beeinflußt, wohl aber durch Erwärmen auf 55° binnen einer Viertelstunde zerstört. Bei Zimmertemperatur hielt es sich ungefähr einen Tag.

Die übrigen Arbeiten sind rein klinischer Natur.

1. Goldberger und Anderson. Experimenteller Nachweis des Maserngiftes in Nasen- und Mundsekret. Journ. of. Amer. Ass., 1911, August.
2. — Die Natur des Maserngiftes. Ibidem, September.

Tollwut.

Kozewaloff (1) (Untersuchungen über die Infektion des Straßenvirus f. weiße Mäuse, Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. LVII, S. 396) fand, daß von 135 subkutan mit Virus geimpften weißen Mäusen 72 an Tollwut erkrankten, die übrigen blieben gesund. Die Inkubationszeit dauerte wie bei Kaninchen 41 Tage.

Trachom.

Junius (1) fand im Inhalt der Follikel ein relativ hoch organisiertes Lebewesen, dem er mit Vorbehalt eine ätiologische Bedeutung zuspricht. Seinen früheren Beobachtungen fügt er neue zu. Es handelt sich um Gebilde in verschiedenen Entwicklungsnormen, die allerdings zum Teil Kernteilungsbildern ähneln.

Heinemann (2) fand in frischen Fällen von Trachom — selten in älteren — in der Konjunktiva die Prowazeck-Halberstädtschen intraepithelialen Körperchen. Diese fehlten im Sekret von Mund und Nase und Genitalien sowie in der normalen Konjunktiva. In der Konjunktivitis der Neugeborenen und den Genitalsekreten der Eltern fand sie Verf. häufig, und zwar mit und ohne Anwesenheit von Gonokokken. Da ferner eine Übertragung des Trachoms auf Affen auch dann gelingt, wenn das infizierende Material frei von Einschlußkörperchen ist, erkennt Verf. diese nicht als die Erreger an. Ihr Vorkommen ist nicht spezifisch für Trachom.

1. Junius. Zur Ätiologie des Trachoms. Zeitschr. f. Augenheilkunde, 1911, Februar.
2. Heinemann. Mikroskopische und experimentelle Studien über die Fundorte der v. Prowazeck-Halberstädterschen Körperchen. Klin. Monatsbl., 1911, S. 417.

Trypanosomen, Spirochäten.

Kleine und Fischer (1) stellen fest, daß zwar der Mensch der hauptsächlichste Träger der Trypanosoma gambiense ist, daß aber auch andere Säugetiere, Ziege und Affe, infiziert werden können. Es fanden sich Trypanosomen in den verschiedensten Wildarten, Antilopen usw. Bei diesen hatte Glossina morsitans die Trypanosomen übertragen. Die weiblichen Glossinen leben dreimal so lange wie die männlichen. Taute (2) gelang im Laboratorium die Übertragung der Trypanosoma gambiense nicht nur durch die Glossina palpalis, die früher als alleinige Überträgerin der Schlafkrankheit galt, sondern auch von der weit verbreiteten Glossina morsitans. Für die Verbreitung der Schlafkrankheit und besonders für ihre Bekämpfung dürfte diese Feststellung von größter Bedeutung sein. Todd und Wolbach (3) geben einen umfassenden Bericht der Kommission der Liverpooler Tropen-Medizin-Schule zur Erforschung der Schlafkrankheit. Daraus sei nur folgendes erwähnt: Die Diagnose auf Schlafkrankheit ist am besten durch Drüsenpunktion zu stellen. In Gambina

waren 1% der Bevölkerung mit Trypanosomen infiziert. Eigentliche Schlafkrankheit ist selten. Verff. erklären diesen Befund durch eine erworbene Immunität der Eingeborenen. Sangiorgi (4) ließ Bettwanzen an Mäusen, die mit Trypanosomen infiziert waren, Blut saugen. In der Leibeshöhle der Wanzen büßten die Trypanosomen in 24 Stunden ihre Beweglichkeit ein, infektionstüchtig waren sie noch nach 3 bis 4 Tagen.

Gonzony (5) wies bei Ratten nach, daß Spirochäten durch die unverletzte Schleimhaut hindurchzudringen vermögen. Tomasczewski (6) gelang es, aus einem syphilitischen Primäraffekt am Penis im Schereschewskyschen Nährboden eine Spirochätenkultur zu züchten. Diese wuchs in 12. Passage, ist für Kaninchen pathogen. Warthin (7) berichtet über 12 Fälle von kongenitaler Herzsyphilis, die sich als eine durch die Spirochaete pallida hervorgerufene Myocarditis interstitialis präsentiert. In dem interstitiellen Bindegewebe fanden sich massenhaft Spirochäten.

1. Kleine und Fischer. Die Rolle der Säugetiere bei der Verbreitung der Schlafkrankheit. Zeitschr. f. Hyg., 1911, Bd. CXX, H. 1.
2. Taute. Experimentelle Studien über die Beziehung der Gloss. mors. zur Schlafkrankheit. Zeitschr. f. Hyg., Bd. LXIX, S. 553.
3. Todd und Wolbach. Nachweis der menschlichen Trypanos. und ihre Verbreitung in Gambina. Ar. of trop. med. and parasit, 1911, Bd. V.
4. Sangiorgi. Experimentelle Untersuchungen über die Übertragung von Protoz. Blutparasiten der Cranea lectul. Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. LVII, S. 81.
5. Gonzony. Die Infektionswege und natürliche Im. bei Spirochäten. Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. LVII, S. 535.
6. Towasczewski. Züchtung des Spirochaete pall., Berliner klin. Wochenschr., 17.
7. Warthin. Kongenitale Herzsyphilis. Amer. Journ. Med. Scienc., 1911, S. 398.

Malaria.

Bei Tertiana hatte Salvarsan eine glänzende Wirkung auf den Verlauf der Krankheit. Von 24 behandelten Fällen bekam nur einer ein Rezidiv. Bei Quartana und Tropica war die Wirkung zwar weniger günstig, jedoch unverkennbar.

Iversen und Tuschinski. Über die Wirkung von Salvarsan bei Malaria. Deutsche Med. Wochenschr., 1911, S. 107.

II. Normale Darmflora.

Passini (1) fand, daß von den Anärobiern des Mekoniums hauptsächlich der Bac. perfringens (Gasphlegmonebazillus) im Sporenzustande vorkommt. Durch Züchtung auf Milch und Zuckeragar wächst er ohne Sporen; erst nach Entziehung des Zuckers aus der Nahrung und nach Darreichung von Eiweiß beginnt wieder die Sporulation. Dasselbe läßt sich durch Symbiose mit Bac. Coli erzeugen.

Im Stuhl der Brustkinder wuchs stets ärob fast in Reinkultur der Bac. bifidus. Diesem kommt kein genetischer Zusammenhang mit dem ersten zu. Außer diesen beiden finden sich noch mehrere Anärobier. Der Gasphlegmonebazillus bildet stark toxische Produkte je nach seinem Nährboden. Anwesenheit von Zucker verursacht stets strenge Giftbildung. Da Verf. bei Enterokatarrhen den Gasphlegmonebazillus in großen Mengen findet und anderseits bei Fortlassen von Zucker aus der Säuglingsnahrung die Intoxikationserscheinungen schwinden sieht, hält er den Bazill. perfringens als häufigen Erreger der Katarrhe.

Über den Einfluß des Zuckers auf die normale Darmflora arbeitete Hartje (2). Er fand, daß durch Darreichung von Zucker die Säurebildner üppiger wachsen. Für diese treten die günstigsten Bedingungen dann auf, wenn in der Nahrung 6 bis 7 mal soviel Zucker als Eiweiß ist. Diejenigen Zuckerarten, die in größerer Menge in den Fäzes ausgeschieden werden (Milchzucker, Malzextrakt) geben die günstigsten Lebensbedingungen. Bei größerer Eiweißzufuhr nehmen die azidophilen Bakterien ab.

1. Passini. Über anaerob wachsende Darmbakterien. Mit spezieller Berücksicht. der str. anaerob wachs. Butters. bac. Jahrb. f. Kinderheilkunde, 1911, S. 284.
2. Hartze. Über den Einfluß des Zuckers auf die normale Darmflora des Kindes. Jahrb. f. Kinderheilk., 1911, S. 557.

Ernährung und Stoffwechsel.

Troitzky. *Allaitement artificiel. Alimentation des enfants du premier age.* (Rev. d'hyg. et de méd. inf., Tom. X, Nr. 5 et 6, p. 422—499.)

Der Charkower Pädiater bringt in der sehr umfangreichen Arbeit eine eingehende Darstellung des Themas; die Literatur, besonders auch die deutsche, ist ausführlich berücksichtigt, doch sind die Autornamen zum Teil fehlerhaft wiedergegeben, z. B. Randwitz statt Raudnitz u. dgl. und ohne genauere Literaturangaben aufgeführt.

Für den deutschen Leser enthält die Arbeit nichts Neues.

Thiemich (Magdeburg).

Charles Maury (Paris). *Des Céréales dans la diététique de l'adulte malade.* (Thèse de Paris, Lyon 1911.)

Die Arbeit ist im Gegensatze zu ähnlichen Publikationen französischer Kliniken gründlich und kritisch. Im einleitenden Kapitel schildert Maury die botanischen Differenzen der wichtigsten Getreidesorten und geht dann auf die Bedeutung der Mehle usw. im Kulturleben der alten Völker ein. Schon Plato schätzte die Getreidemehle so hoch ein, daß die Bürger seiner idealen Republik sich von Gerste

und Weizen nähren sollten. Es folgen dann Kapitel über die Chemie und Ausnutzung der Mehle, die zum größten Teil nur die französische Literatur berücksichtigen und daher nur im groben orientieren können. Die therapeutische Verwendung bei Magen- und Darmerkrankungen entspricht im allgemeinen den auch bei uns herrschenden Anschauungen. Interessant ist, daß auch für die Ernährung von Nephritikern ausgiebig Zerealien verlangt werden, da die alte strenge Milchdiät nicht mehr als modern gilt.

Man sieht also, daß es bei der Nephritis mit der alten klangvollen Phrase: Le lait ou la mort vorbei ist.

Den Schluß des Buches bilden Kochrezepte. Klotz.

Schorer. *Recent development in pasteurization of milk for a general market.* (Die Pasteurisierung der käuflichen Milch.) (Amer. Journ. Dis. Children, April 1912.)

Verf. findet, daß Pasteurisirung bei 60° C durch 20 Minuten zwar im Laboratorium wirksam, indes in der allgemeinen Ausführung nicht ganz zuverlässig ist; hier ist Verlängerung des Prozesses auf 30 Minuten bei 3° C höherer Temperatur unter amtlicher Aufsicht geboten. Wachenheim.

Heinrich Fuß. *Über Lactobacilline und seine Anwendung bei Kinderkrankheiten.* (Inauguraldissertation, Erlangen 1911.)

Im großen und ganzen ähnliche Resultate, wie ich sie vor 5 Jahren publiziert habe. Bei akuter Enteritis hatte Fuß den Eindruck nicht absoluter Nutzlosigkeit in einigen Fällen, bei chronischen Ernährungsstörungen versagte das Präparat völlig. Fuß berichtet ferner über einen durch Laktobazillin günstig beeinflußten Fall von konstitutionellem Ekzem. Die Beobachtung ist nicht eindeutig, da Masern und Keuchhusten interkurrierten und Gewichtsabsturz zur Folge hatten. Klotz.

Heinrich Davidsohn. *Die Pepsinverdauung im Säuglingsmagen unter Berücksichtigung der Azidität.* (A. d. Krankenhaus am Urban in Berlin.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 208.)

Der Autor referiert die zum Thema in Beziehung stehende Literatur und resümiert, „daß in der Mehrzahl der Fälle beim natürlich und künstlich ernährten gesunden Säugling infolge einer zu geringen Azidität eine Pepsinverdauung im Magen in praktisch nennenswerter Weise nicht stattfinden kann". Birk (Kiel).

Joseph Génévrier. *La maladie pylorique du nourrisson.* (Rev. d'hyg. et de méd. inf., Tom. X, Nr. 3.)

Etwa in der Art eines Fortbildungsvortrages gehaltene, übersichtliche Darstellung der Klinik des Pylorospasmus, ohne neue Befunde oder bemerkenswerte Stellungnahme zu einer der offenen Fragen auf diesem Gebiete. Thiemich (Magedeburg).

Holst und **Frölich** (Christiania). *Über experimentellen Skorbut. Ein Beitrag zur Lehre von dem Einfluß einer einseitigen Nahrung.* (Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, Bd. LXXII, S. 1—120.)

In früheren Versuchen (1907, referiert Monatsschr. f. Kinderheilkunde, 1908) hatten die Autoren gefunden, daß von allen möglichen Zerealien allein Gerstengraupen und Weißbrot Tauben polyneuritisch machten; nach Ausdehnung entsprechender Versuche auf Meerschweinchen ergab sich jedoch, daß diese bei Fütterung mit allen Zerealien skorbutisch wurden. Es traten im Gegensatze zu Tauben Blutungen um die Kniegelenke und die Rippenknorpelknochengrenze auf, ferner perforierende Dünndarmgeschwüre, Hämaturie. Dagegen keine Hautblutungen. Bei allen Versuchstieren lockerten sich die Backenzähne und das Zahnfleisch war oft blaurot verfärbt. Es fanden sich ferner Epipyhsenlösungen, Arrosionen und Brüchigkeit des Unterkiefers. Die Blutuntersuchung auf Mikroben war stets negativ. Die Inanition kann nicht als Ursache für das Auftreten von Skorbut angesehen werden, da die pathologisch-anatomischen Erscheinungen hierbei völlig andere sind und skorbuttypische Veränderungen schon zu einer Zeit nachweisbar sind, da das Körpergewicht noch nicht abnimmt.

Aus der Pathologie des Menschen her bekannte Antiskorbutika: frischer roher Kohl, Löwenzahn, Sauerampfer, Karotten vermögen auch den Meerschweinchenskorbut zu verhüten. Doch erfordert merkwürdigerweise die Verhütung desselben viel größere Quanten von antiskorbutischen Nahrungsmitteln, als man es vom Menschen her annehmen müßte. Das heißt mit anderen Worten: Das Meerschweinchen ist ein für Skorbut besonders empfängliches Tier.

Äpfel und Bananen erwiesen sich übrigens als sehr schwache Antiskorbutika.

Kochen von $^1/_2$ bis 1 Stunde bei 100° setzte die antiskorbutische Eigenschaft von rohem Weißkohl nur ganz schwach herab, während diese Schädigung bei Karotten sehr stark war, desgleichen bei Blumenkohl.

Eine Reihe von antiskorbutischen Vegetablilien (Löwenzahn, Weißkohl, Karotten, Kartoffeln usw.) verliert den größten Teil ihrer prophylaktischen Wirkung durch längeres Trocknen. Doch behält Weißkohl, in offenen Gefäßen bei 37° getrocknet, seine Wirkung länger, als wenn er bei Zimmertemperatur aufbewahrt wird. Löwenzahn verliert sein antiskorbutisches Vermögen sofort durch Trocknung.

Preßsaft von Weißkohl hat starke, aber nicht absolute, antiskorbutische Wirkung. Erhitzen zerstört dieselbe, auch länger dauerndes Stehen im Eisschrank oder bei Zimmertemperatur ebenfalls. Löwenzahnsaft steht in seiner Wirkung dem Weißkohlsaft nach. Erhitzung und Gefrierenlassen heben dieselbe ebenfalls auf. Im Gegensatze hierzu kann Zitronensaft oder Lime-juice 10 Minuten bis 1 Stunde gesiedet oder mehrere Monate aufbewahrt werden, ohne seine antiskorbutischen Eigenschaften einzubüßen. Das wirksame antiskorbutische Prinzip muß also in diesen Säften ein verschiedenes

sein. Auch der Sauerampferpreßsaft verhält sich anders, er verliert durch Kochen seine kräftige antiskorbutische Wirkung in keiner Weise. Überhaupt ergaben sich verschiedene merkwürdige Befunde. So erhöhte ein Zusatz von $^1/_2$% Zitronensäure die Hitzebeständigkeit des Weißkohlsaftes, aber nicht diejenige des Löwenzahnsaftes, der wiederum durch $2^0/_{00}$ Salzsäure günstig beeinflußt wurde. Der zitronensaure wässerige Auszug getrockneten Weißkohls übte kräftige antiskorbutische Wirkungen aus. Wie Fürst fand, übt Himbeersaft eine starke spezifische Wirkung aus, die ebenfalls durch Kochen, wie beim Sauerampfersaft, nicht verloren geht. Im Gegensatze zum Zitronensaft lassen sich Weißkohl- und Löwenzahnsaft nicht auf die Dauer haltbar und wirksam machen. Ähnlich wie der wässerige, in der Wärme bereitete zitronensaure Weißkohlauszug, wirkt auch der kalte $^1/_2$%ige alkoholische zitronensaure Auszug. Ohne die Säure ist dagegen der Alkoholauszug wirkungslos. In Petroläther sind die „unbekannten" antiskorbutischen Stoffe nur minimal löslich, durch Dialyse konnten sie nicht erhalten werden. Intraperitoneale Einspritzung von frischem Weißkohlpreßsaft war ohne prophylaktischen Wert. Bei 2 Hunden, die mit Hafermehl und Rindergekröse gefüttert worden waren, fanden sich skorbutische Knochenveränderungen. Auch bei Schweinen läßt sich experimenteller Skorbut durch Roggenbrot + Rindfleisch oder Reis + getrocknetem, gekochtem Fisch erzeugen; nebenbei kommt es dann auch zu polyneuritischen Erscheinungen. Klotz.

Fürst (Christiania). *Weitere Beiträge zur Ätiologie des experimentellen Skorbuts des Meerschweinchens.* (Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, Bd. LXXII, S. 121—154.)

Verf. dehnte die Versuche Holsts und Frölichs — Erzeugung von Skorbut durch Zerealien — auf andere Samensorten aus. Einseitige Fütterung mit trockenen gelben oder grünen Erbsen und Linsen führte zu Skorbut, aber dieser trat später in Erscheinung als bei Getreidekornfütterung und äußerte sich in milderen Symptomen. Eiweiß, Fett, Kohlehydrate, Zellulose und Mineralbestandteile sind ferner — was den verschiedenen Gehalt der einzelnen Hülsenfrüchte an diesen Komponenten anbelangt — für sich ohne Bedeutung hinsichtlich des Auftretens und Ausbleibens von experimentellem Skorbut. Infektion oder Fäulnis der Nahrung ist gleichfalls ätiologisch auszuschließen, desgleichen die von Wright behauptete Azidose. Während also bei Fütterung mit zahlreichen getrockneten Sorten von Zerealien und Leguminosen skorbutartige Erscheinungen regelmäßig die Folge waren, fanden sich bei Zulage von getrocknetem Grünkohl zu einer sonst skorbuterregenden Kost keine Krankheitssymptome. Ebensowenig trat Skorbut auf, wenn man getrocknete Getreidesorten wieder keimen ließ und nun verfütterte. Gekeimtes, nachher aber wieder getrocknetes Getreide führte dagegen wieder zu Skorbut. Fürst glaubte für dieses auffallende Verhalten vielleicht die in keimendem Samen enthaltenen Enzyme verantwortlich machen zu können. Diese Vermutung erwies sich als irrig, denn Kochen ver-

nichtete die antiskorbutigene Wirkung keimender Samen nicht. Derjenige Bestandteil, der als Träger der antiskorbutischen Wirkung anzusprechen ist, läßt sich nach dem Stande unserer heutigen Kenntnisse noch nicht ermitteln.

Unterernährung allein macht keinen Skorbut. Die Ursache des experimentellen Meerschweinchenskorbuts sowohl wie des menschlichen ist noch dunkel. Wahrscheinlich liegt sie „in dem Mangel eines oder mehrerer unbekannter (im Original gesperrt) Stoffe" in der Nahrung. Klotz.

Frölich (Christiania). *Experimentelle Untersuchungen über den infantilen Skorbut.* (Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, 1912, Bd. LXXII, S. 155—182.)

Der bekannte Mitarbeiter Holsts auf dem Gebiete des experimentellen Skorbuts berichtet in dieser Arbeit über pathologisch-anatomische Veränderungen bei Meerschweinchen nach einseitiger Ernährung mit roher, gekochter und überhitzter Kuhmilch. Einseitige Rohmilchkost hat eine außerordentliche Knochenbrüchigkeit zur Folge, ein auch bei infantilem Skorbut zu findendes Symptom, dagegen fehlen Zahnaffektionen, typische Blutungen und Knochenmarksveränderungen. Auch gekochte und überhitzte (60 Minuten bei 112°) Milch bewirkte Ähnliches. Es besteht also nur eine sehr entfernte Ähnlichkeit dieser krankhaften Erscheinungen mit dem infantilen Skorbut.

Dagegen ruft einseitige Haferfütterung typischen Skorbut beim Meerschweinchen hervor. Frölich untersuchte nun, ob rohe oder gekochte Milch, als Zulage verabfolgt, den Haferskorbut zu verhindern vermochte. Hier fand sich die interessante Tatsache, daß bei Hafer + Rohmilch der Skorbut ausblieb, bei Hafer + gekochter Milch dagegen auftrat, daß also 10 Minuten gekochte Milch (100°) keine antiskorbutischen Eigenschaften mehr besitzt. Pasteurisierte Milch (30 Minuten bei 90°) kann dem Meerschweinchenskorbut vorbeugen.

Eine Erklärung dieser merkwürdigen Befunde ist zurzeit nicht möglich. Klotz.

Ernst Schloss. *Über scheinbar spezifische Salzwirkungen.* (Berliner klin Wochenschr., 1912, Nr. 24.)

Theoretische Erörterungen im Anschlusse an bereits publizierte eigene Untersuchungen und an die Ludwig F. Meyers. Verf. weist darauf hin, wie schwierig die Beurteilung der Salzwirkung ist, sobald es sich nicht mehr, wie bei den grundlegenden Versuchen der Physiologen, um niedere Organismen oder einzelne isolierte Organe handelt, sondern um höhere Organismen, wo nicht mehr die Sicherheit der lokalen und zeitlichen Applikation besteht und wo starke antagonistische Tendenzen sich der beabsichtigten Wirkung entgegenstellen. Trotzdem sieht man eine rein klinische Beurteilung der Salzwirkung immer mehr Platz greifen, die alle Salzwirkungen einzelnen Ionengruppen oder gar bestimmten Ionen zuschreiben will. Diese

Art klinischer Forschung ist es, gegen die sich Verf. mit Recht wendet, indem er auf dem beschränkten Gebiete des Salzstoffwechsels beim Säugling zeigt, welchen vielfachen Täuschungen man bei alleiniger Berücksichtigung der klinischen Tatsachen ausgesetzt ist. Insbesondere greift Verf. als Beispiele für seine Beweisführung den Einfluß der Salze auf die Körpertemperatur und den auf das Körpergewicht beziehungsweise den Wasserstoffwechsel heraus und zeigt, daß unsere heutigen Kenntnisse trotz aller auf dem Gebiete geleisteten Arbeit uns eine Erklärung der Einzelheiten dieser Salzwirkungen noch nicht gestatten und daß wir noch nicht zur Annahme bestimmter spezifischer Ionenwirkung in den angeführten Fällen berechtigt sind. Keller.

S. Samelson. *Über das sogenannte Kochsalzfieber.* (Monatschr. f. Kinderheilk. Juniheft 1912.)

Die sorgfältige Kritik der bisherigen Arbeiten über das Kochsalzfieber nach subkutanen Infusionen bei Säuglingen zeigt, daß die sich widersprechenden Angaben der einzelnen Untersucher nur dadurch zu erklären sind, daß auf die Beschaffenheit des zu den Infusionen benutzten Wassers nicht genügend Rücksicht genommen wurde. Bei Verwendung von einwandsfreiem, d. h. von Bakterien und Bakterientoxinen freiem Wasser ließ sich das Kochsalzfieber mit Sicherheit vermeiden, während durch Kochen sterilisiertes Wasser, das also noch die abgetöteten Bakterienleiber enthält, Fieberreaktionen bewirkte. Dies wird durch eine größere Anzahl von Kurven illustriert. Als praktische Folgerung ergibt sich die Forderung, zu therapeutischen Kochsalzinfusionen nur frisch destilliertes und steril aufgefangenes Wasser zu verwenden. Autoreferat.

Francis Marre. *Contribution à l'étude de l'utilisation des sels mineraux du lait par le nourrisson.* (Rev. d'hyg. et de méd. inf., Tom. X, N. 1, p. 37.)

Verf. bestätigt an einigen eigenen Analysen, daß die Frauenmilch mit zunehmender Laktationsdauer relativ mineralstoffärmer wird. Zum Vergleiche wird der 20. Tag und der 10. Laktationsmonat herangezogen; die Unterschiede sind gering.

Weiterhin erörtert der Verf., ohne neue Tatsachen zu bringen, die Möglichkeit einer Unterernährung mit Mineralstoffen beim Brustkinde und eventuelle Beziehung zur Rachitis.

Thiemich (Magedeburg).

Folin and **Denis.** *Creatin in urine of children.* (Kreatin im Kinderharn.) (Journ. of biol. Chem., April 1912.)

Die Kreatinsezernierung beruht nicht auf einem eigentümlichen Kohlehydratumsatz, sondern auf exzessivem Proteinverbrauch (exzessiv im Verhältnisse zur Muskelmasse). Ob das Kreatin mit der Nahrung eingeführt oder von den Geweben, wie im Fieber, stammt, ist von relativ wenig Bedeutung, da Verff. nachweisen, daß Kreatin und Kreatinin sowie Harnstoff und die Aminosäuren einem raschen

Transport vom Verdauungskanale ins Blut und vom Blute in die Gewebe unterliegen. Wachenheim.

Posner. *Die diagnostische und prognostische Bedeutung der Harnsedimente nach neueren Anschauungen.* (Albus Abhandlungen a. d. Gebiete d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankheiten, Bd. III, 7.) (Karl Marhold, Halle 1912.)

Die große Erfahrung des Autors verleiht der Abhandlung, die die Resultate der neueren Forschungen in kritischer Weise berücksichtigt, ein besonderes Interesse. Thorspecken.

Klinik der Kinderkrankheiten.

J. Comby. *Rachitisme avec déformations excessives (scoliose, fractures multiples etc.)* (Arch. de Médecine des enf., XV, 4.)

Der mitgeteilte Fall schwerster Rachitis zeichnet sich dadurch aus, daß außer rein alimentärer Ursache (lange fortgesetzter exzessiver Mißbrauch von Milch) keines der von den Franzosen so stark betonten ätiologischen Momente (Syphilis, Tuberkulose, Alkohol) in Frage kommt. — Einen auffallenden Gegensatz zu den schweren Veränderungen an Rumpf und Extremitäten bildet die geringe Difformität des Schädels und anscheinend intakte Intelligenz. — Das Kind überstand 3 schwere Attacken von Bronchopneumonie.

Comby hält bei solchen Fällen die Thalassotherapie für am meisten aussichtsreich. Thorspecken.

M. Pfaundler. *Kindliche Krankheitsanlagen (Diathesen) und Wahrscheinlichkeitsrechnung.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, 3. Heft, S. 175.)

Der Aufsatz knüpft an desselben Autors bekannten Vortrag in Wiesbaden (Über Wesen und Behandlung der Diathesen) an. Pfaundler hatte damals den Versuch gemacht, den großen Komplex der kindlichen „Diathesen" in einzelne Sondergruppen zu zerlegen. Er unterschied den lymphatischen, exsudativen, vasomotorisch-vagotonischen, neuropathischen und den dystrophischen „Zeichenkreis". Er zeigte sogleich an einer Anzahl von Stammbäumen, wie bei den verschiedenen Familienmitgliedern die einzelnen Zeichenkreise in Erscheinung treten und namentlich wie bei einem einzigen Individuum mehrere derselben kombiniert auftreten können.

Dieses gleichzeitige Vorkommen mehrerer „Teilbereitschaften" bei ein und derselben Person ist der Grund gewesen, weshalb man annahm, daß eine solche Kombination etwas Gesetzmäßiges, durch wechselseitige Abhängigkeit Bedingtes sei, was darauf beruhe, daß allen Einzelerscheinungen eine gemeinsame Ursache zugrunde liege. Ein Beispiel für diese Auffassung ist die Czernysche exsudative

Diathese, die in Wirklichkeit eine Kombination von — teilweise recht heterogenen — Teilbereitschaften darstellt, ferner die Stöltznersche Oxypathie, deren Grenzen noch weiter gezogen sind und die um den Kern der exsudativen alle möglichen anderen Erscheinungen zu einer Universaldiathese gruppiert. Dieses Vorgehen — alle diathetischen Zustände auf eine einzige, bestimmte Grundursache zurückzuführen — hält Pfaundler zur Erforschung der Diathesenproblems für wenig ersprießlich. Man kommt nach seiner Meinung weiter, wenn man den großen Komplex in kleinere Einheiten zerschlägt.

Die Tatsache, daß die einzelnen Teilbereitschaften in hohem Maße dazu neigen, kombiniert aufzutreten, ist zwar nicht zu bezweifeln, ist aber kein Grund, anzunehmen, daß ein Kausalnexus zwischen den einzelnen Symptomengruppen besteht. Vielmehr besitzt jede derselben einen hohen Grad der Selbständigkeit und gegenseitigen Unabhängigkeit. Mit dieser Definition tritt der Verf. in einen strikten Gegensatz zu der heute allgemeinhin geltenden Auffassung vom Wesen der Diathesen.

Wenn seine Meinung richtig ist, dann muß das Vorkommen der einzelnen Symptomengruppen ein zufälliges sein, d. h. den Gesetzen der Wahrscheinlichkeitsrechnung folgen. Und in der Tat zeigt die Berechnung eine weitgehende Übereinstimmung zwischen den tatsächlich beobachteten Kombinationen von Teilbereitschaften und den berechneten. Birk (Kiel).

Stopford. *Ein Fall, bei dem der Beginn von Coma diabeticum Appendizitis vortäuschte.* (Lancet, I, Nr. 10, 1912.)

Ein 12jähriger Knabe, der bis zu seiner Aufnahme in das Krankenhaus nie krank gewesen war und nur seit den letzten 18 Tagen an Enuresis nocturna und Entleerung großer Urinmengen gelitten hatte, erkrankte plötzlich an schweren diffusen Schmerzen im unteren Teil des Abdomens, die allmählich zu kurzen Schmerzattacken in der rechten Iliakalgegend wurden. Kurz nach der Einlieferung setzte Benommenheit und komatöses Atmen ein. Im Urin fanden sich Zucker und Azetessigsäure. Tod nach 24 Stunden. Bei der Sektion fand sich ein vollkommen normaler Appendix. Leber und Nieren waren makroskopisch leicht verfettet. Mikroskopische Untersuchung des Pankreas usw. wurde nicht gemacht.

Philippson (Frankfurt a. M.).

M. Faulhaber. *Die Röntgendiagnostik der Magenkrankheiten.* (Albus Abhandlungen a. d. Gebiete d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankheiten, Bd. IV, 1.) (Karl Marhold, Halle 1912.)

Übersichtliche Darstellung des betreffenden Gebietes mit einer Anzahl von Illustrationen. Thorspecken.

Cockayne. *Intestinale Myiasis.* (Lancet, I, Nr. 3, 1812.)

Bei einem 14 Monate alten Knaben fanden sich im Bett mehrfach zahlreiche „Würmer", die sich bei genauer Untersuchung als Larven von Musca domestica und von Fannia canicularis heraus-

stellten. Die Larven verließen den Darm nicht beim Stuhlgang, sondern anscheinend freiwillig. Cockayne konnte in der Literatur nur 10 analoge Fälle dieser Kuriosität finden.

Philippson (Frankfurt a. M.).

Déléarde et **Repellin.** *Un cas d'anasarque sans albuminurie in cardiopathie.* (Arch. de Médicine des enf., XV, 4.)

Bei einem 8jährigen Kinde, das bereits nach der Geburt Ödeme der Hände und Füße hatte, traten mehrfach essentielle Ödeme auf, die einerseits bei antiluetischer Behandlung, anderseits bei kochsalzfreier Diät verschwanden. In Konkurrenz mit der Lues wirkten noch andere Schädigungen (Alkohol, Infektionen) auf das Kind ein, doch spielte erstere die Hauptrolle.

Auf Grund von Versuchen an dem Kinde läßt sich die Annahme nicht umgehen, daß die Nieren Beziehungen zu dem Auftreten der Ödeme besaßen. Nach längerer Zeit stellte sich auch (im Verlauf einer Hg-Kur) eine geringe Albuminurie ein. Die Verff. glauben deshalb, daß eine atypische chronische Nephritis vorlag, die sich lediglich in Chlorretention designierte.

An die Besprechung des Falles schließen die Verff. eine Übersicht über das essentielle Ödem an. Ätiologisch kommen Kälteeinwirkungen, Infektionen der verschiedensten Art, subakute Magendarmaffektionen in Betracht. Letztere besonders bei Kindern im Alter von 1 bis 3 Jahren, die mit Milch überernährt waren. Die Theorien der Pathogenese stehen noch auf schwachen Füßen. In einem Teile der Fälle handle es sich um primäre Retention des Chlors von den Geweben und dieser Vorgang sei (nach Roger) als eine Schutzmaßregel des Organismus anzusehen, da das Chlornatrium entgiftende Wirkung auf Toxine habe. Ein Teil der Fälle dagegen müsse als leichte Niereninsuffizienz aufgefaßt werden. Thorspecken.

I. Jundell und **K. A. E. Fries.** *Die Anstrengungsalbuminurie.* (Sonderabdruck aus Nordiskt Medicinskt Arkiv 1911, Abt. II, Nr. 2, 4 u. 7.) Stockholm 1911.

Die Ergebnisse ihrer ausführlich mitgeteilten, umfangreichen Untersuchungen fassen die Verff. selbst in folgender Weise zusammen:

Starke beziehungsweise maximale Anstrengungen rufen in den Nieren funktionelle Veränderungen hervor, welche zu wesentlichen Veränderungen in der Beschaffenheit des Harnes führen.

Die Art und Intensität dieser Harnveränderungen ist weniger von der Art des Sportes (ob Laufen, Radfahren, Schwimmen, Ringen usw.), um so mehr aber von der in der Zeiteinheit geleisteten Muskelarbeit abhängig.

Rücksichtlich der in der Zeiteinheit geleisteten Muskelarbeit und mit Hinsicht auf die von ihnen veranlaßten Veränderungen in den Nieren kann man die maximalen Anstrengungen in zwei große Gruppen teilen: 1. Heftige Anstrengungen, wo in relativ kurzer Zeit, $^1/_4$ bis 1 bis 5 bis 15 oder zirka 30 Minuten, die größtmögliche Muskelarbeit geleistet wird, und 2. Daueranstrengungen, wo

die Anstrengung während einer bis mehreren Stunden beziehungsweise eines halben bis ganzen Tag andauert und dabei ein größtmöglicher Effekt angestrebt wird.

Die Harnveränderungen sind verschieden bei diesen zwei verschiedenen Hauptformen von Anstrengungen.

Die heftigen maximalen Anstrengungen bewirken:

Eine plötzlich einsetzende Erniederung des spezifischen Gewichtes des Harnes, eine plötzliche Erniederung im Gehalte des Harnes an Kochsalz, Harnstoff und Harnsäure und infolge davon eine Verminderung der Gefrierpunkterniedrigung. Bei den kürzesten, heftigsten Anstrengungen sinkt auch der Phosphorsäuregehalt des Harnes, in anderen Fällen wird aber derselbe erhöht.

Die Diurese, also die in der Zeiteinheit ausgeschiedene Harnmenge, ist gesteigert. Die Farbe des Harnes wird blasser.

Ebenso plötzlich und gleichzeitig mit dem Eintreten dieser Veränderungen fängt die Niere an Eiweiß und Formelemente auszuscheiden, zuweilen mehr, zuweilen weniger, in der Regel aber in relativ großen Mengen. 1 bis 2‰ Eiweiß kommen sehr oft vor, zuweilen noch mehr, 3 bis 4‰. Die höchste von den Verff. beobachtete Eiweißmenge war 5‰.

Die Formelemente, die ausgeschieden werden, sind hauptsächlich hyaline und körnige Zylinder, oft Zylinder, die mit einzelnen Zellen besetzt sind, zuweilen ganze Epithelialzylinder, oft auch freie Nierenepithelzellen. Ab und zu enthält der Harn eine geringe Menge roter Blutkörperchen.

Diese Formelemente lassen sich bei der mikroskopischen Untersuchung in keiner Weise von denjenigen, die bei Nephritis auftreten, unterscheiden.

Die Menge der nach heftigen Anstrengungen auftretenden Formelemente ist oft sehr groß, so groß, daß dadurch eine mehr oder weniger starke Trübung des Harnes verursacht wird.

Hinsichtlich der Eiweiß- und Zylinderausscheidung sind demnach die Harnerscheinungen nach einer heftigen Anstrengung denjenigen der schweren akuten und chronisch parenchymatösen Nephritis zum Verwechseln ähnlich.

Alle die genannten Harnveränderungen setzen sehr plötzlich ein, wahrscheinlich beinahe gleichzeitig mit dem Anfange der Anstrengung. In den gelassenen Harnproben sind dieselben schon 5 bis 10 Minuten nach dem Anfange der Anstrengung nachzuweisen. Die Erscheinungen erreichen auch sehr schnell, 10 bis 20 Minuten, nachdem sie angefangen haben, ihr Maximum.

Die Ursache der genannten Harnerscheinungen liegt in der durch die heftige Anstrengung gewaltig gesteigerten Herztätigkeit. Diese bedingt, nebst einer starken Steigerung des allgemeinen arteriellen Blutdruckes, eine starke Steigerung des Blutdruckes in den Glomerulis der Nieren, was zu einer Steigerung der Diurese, zur Herabsetzung der Harnkonzentration usw. führt. Die heftige Beschleunigung der

Herztätigkeit führt außerdem zu einer Verkürzung der Diastole und dadurch zu einer verminderten diastolischen Füllung des Herzens, wodurch die Vena cava inferior nicht so vollständig wie gewöhnlich entleert wird: hierdurch Behinderung des venösen Abflusses aus den Nieren, was die direkte Ursache der Albuminurie und Zylindrurie ist.

Das bei heftigen Anstrengungen eintretende akute Lungenemphysem und die gewaltige Inanspruchnahme der Bauchpresse, die bei solchen Anstrengungen in der Regel vorkommt, werden oft, vielleicht immer, zu der erschwerten Füllung des rechten Herzens und zur Druckerhöhung in der Vena cava inf. und damit zur venösen Nierenstauung beitragen.

Die Daueranstrengungen bewirken:

Eine allmählich fortschreitende Erhöhung der Konzentration des Harnes mit Erhöhung des spezifischen Gewichtes und des Gehaltes an Harnstoff und Harnsäure. Der Phosphorsäuregehalt des Harnes wird stark erhöht. Nur die Kochsalzausscheidung ist erniedrigt. Obgleich die Kochsalzausscheidung hier wie nach heftigen Anstrengungen vermindert ist, ist die molekulare Konzentration des Harnes erhöht und die Gefrierpunkterniedrigung deshalb gestiegen.

Die in der Zeiteinheit ausgeschiedenen Harnmengen sind kleiner als vor der Anstrengung. Die Farbe des Harnes ist dunkler; durch verschiedene Salze, hauptsächlich Urate und Oxalate, ist er mehr weniger getrübt.

Eiweiß und Zylinder fehlen entweder ganz oder die Mengen derselben sind relativ gering. Wenn Eiweiß überhaupt vorkommt, handelt es sich gewöhnlich nur um Spuren, nicht oft beträgt ihre Menge 0·5 bis 1‰ und äußerst selten mehr.

Die Harnveränderungen nach Daueranstrengungen ähneln sehr denjenigen, die bei allgemeiner Herzschwäche (inkompensierter Herztätigkeit) vorkommen. In denjenigen Fällen, wo der Harn nach Daueranstrengungen Eiweiß und Zylinder enthält, ist auch die einfachste und wahrscheinlichste Erklärung für die Harnveränderungen in der allmählich eintretenden Herzschwäche zu suchen. Wo Eiweiß und Zylinder fehlen, lassen sich die Harnveränderungen durch den durch Schwitzen bedingten Wasser- und Kochsalzverlust des Körpers erklären. Bei den meisten Daueranstrengungen kombinieren sich die Wirkungen der Herzschwäche und des Schwitzens.

Wie es Anstrengungen gibt, die weder ausgesprochene Heftiganstrengungen noch ausgesprochene Daueranstrengungen sind, so muß es Harnveränderungen nach maximalen Anstrengungen geben, die nicht ausgesprochen zu dem einen oder dem anderen der zwei Typen hinzuzurechnen sind, sondern eine Mittelstellung einnehmen.

Anstrengungen, die nicht maximal, aber doch sehr stark sind, werden wohl oft dieselben Harnveränderungen veranlassen,

wie die wirklich maximalen Anstrengungen, nur daß die Intensität der Veränderungen bei jenen natürlich geringer sein wird als bei diesen.

Ob es sich nun um heftige Anstrengungen oder um Daueranstrengungen handelt, so hat das dabei auftretende Eiweiß dieselben Eigenschaften, wie das bei Nephritiden auftretende Eiweiß, was ja nicht im Widerspruche damit steht, daß man im Anstrengungsharn zuweilen „muzin"- oder „nukleoalbuminähnliche" Substanzen in minimalen Mengen nachweisen kann.

Die Anstrengungsalbuminurien und Anstrengungszylindrurien gehen gewöhnlich miteinander quantitativ parallel. Doch kommt es nicht selten vor, daß der Harn große Mengen Zylinder, aber nur geringe Mengen oder gar kein Eiweiß enthält. Hinsichtlich des zeitlichen Auftretens sieht man nicht selten, daß die Zylinder vor dem Eiweiße auftreten oder daß sie eine Weile fortbestehen, nachdem das Eiweiß schon geschwunden ist. Das entgegengesetzte Verhalten ist seltener.

Jede durch eine Anstrengung erzeugte Albuminurie und Zylindrurie schwindet sehr schnell in der Ruhe oder bei gewöhnlichen Bewegungen. Schon $^3/_4$ bis 1 bis spätestens einige Stunden nach der Anstrengung ist oft von Eiweiß oder Zylindern nichts mehr zu sehen.

Das Erscheinen der Harnveränderungen ist vom Alter der Individuen unabhängig.

Wo die Anstrengungen maximal sind, so rufen sie auch immer die charakteristischen Harnveränderungen hervor. Übung und Training, wenn noch so fleißig betrieben, ändern hieran nichts. Ein durch Jahre und Jahrzehnte berühmter Sportsmann verhält sich in dieser Hinsicht genau so wie der Anfänger.

Nie rufen die durch Anstrengungen verursachten Nierenveränderungen eine Erkrankung der Nieren hervor. Mag die Albuminurie und Zylindrurie noch so stark sein, mag dieselbe während Jahre und Jahrzehnte noch so oft wiederholt werden, die Nieren verbleiben doch gesund. Wir haben auch keinen Umstand gefunden, der dafür spräche, daß die Nieren der Sportsleute öfter als andere Nieren durch anderweitige Ursachen erkranken. Die Sportsleute (und andere sich körperlich sehr stark anstrengende Menschen) zeigen mit anderen Worten auch keine, durch die Anstrengungen erworbene, erhöhte Disposition für Nierenerkrankungen.

Zuletzt sei folgendes bemerkt. Durch den hier geführten Nachweis von dem Unterschiede in der Nierentätigkeit bei Heftiganstrengungen und Daueranstrengungen lassen sich eine Reihe in der Literatur vorkommender, wie es schien, ganz strittiger Angaben über die Einwirkung der Anstrengungen auf die Nieren leicht erklären, und zwar dadurch, daß die respektiven Untersucher Anstrengungen von ungleicher Heftigkeit beziehungsweise Dauer studiert haben. Dieser Nachweis ist auch geeignet, vielen künftigen Widersprüchen in dieser Frage vorzubeugen. Keller.

Hugo Stettiner. *Zur Behandlung der Oxyuriasis.* (Berliner. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 19.)

Auf Grund einer gelegentlichen Beobachtung an einem Diabetiker empfiehlt Verf. zur Unterstützung der medikamentösen Behandlung der Oxyuriasis kohlehydratarme Kost. Keller.

Zybell. *Zur Klinik und Therapie des Pleuraempyems.* (Monatschr. f. Kinderheilk., Orig. III, XI, Nr. 3.)

An der Hand von 22 auf der Säuglingsabteilung der Krankenanstalt Altstadt zu Magdeburg im Laufe von anderthalb Jahren beobachteten Empyemfällen werden die physikalischen Symptome und die Besonderheiten des klinischen Verlaufes der Pleuritis exsudativa purulenta im Säuglingsalter besprochen. Ihre Sonderstellung gegenüber der gleichnamigen Erkrankung der Erwachsenen und des älteren Kindes gründet sich u. a. auf die gesteigerte Disposition der kindlichen Pleura zu eitriger Entzündung, auf das Verhalten der Temperaturkurve, die einen völlig apyretischen Verlauf zeigen kann, auf die größere Variabilität der Erscheinungsformen und die Häufigkeit der Komplikationen infolge der raschen Ausbreitung des pyogenen Prozesses. Therapeutisch zeigte sich die systematische Punktion und Aspiration des Eiters, die in 11 Fällen 6mal Heilung brachte, den anderen Behandlungsmethoden überlegen.

Autoreferat.

Buffet-Delmas. *Anorexie mentale chez les nourrissons.* (Arch. de Médecine des enf., XV, 3.)

Bei einem erst 2jährigen Kinde trat eine lebensbedrohliche Anorexie auf, ohne daß eine ernstliche Erkrankung vorausging. Auch psychopathische Belastung lag nicht vor. Das Kind wollte nur Brot und Wasser nehmen. Man war gezwungen, die Sondenernährung monatelang durchzuführen, so daß das Kind mit 2050 Sondernfütterungen wohl einen Rekord aufstellte. Für derartige Fälle sei die Sondenfütterung, namentlich wenn die Entfernung aus dem gewohnten Milieu erfolglos geblieben sei, das einzige Rettungsmittel. Eine so schwere Anorexie ohne ersichtliche Ursache sei bei so jungen Kindern sehr selten. Thorspecken.

Léopold Lévi et **H. de Rothschild.** *Migraine thyroïdienne de l'enfant.* (Rev. d'hyg. et de méd. inf., Tom. X, Nr. 2, p. 113.)

In Fortführung zahlreicher früherer Publikationen über den gleichen Gegenstand teilen die Verff. sehr ausführlich die Krankengeschichten von 10 an echter Migräne und von 3 an migräneartigen Kopfschmerzen leidenden Kindern mit, bei denen durch Verabreichung von pulverisierter Thyreoideasubstanz teils Heilung, teils erhebliche Besserung erzielt wurde. Je nachdem eine Hyper- oder Hypofunktion der Schilddrüse nach der Gesamtheit des Krankheitsbildes vorzuliegen schien, wurden minimale (z. B. 5 mg täglich) oder größere (z. B. 10 cg) Dosen verordnet und die Behandlung lange Zeit, bis zu 2 Jahren, fortgesetzt. Thiemich (Magdeburg).

M. Balteau. *Un cas de mongolisme infantile.* (Arch. de Médecine des enf., XV, 5.)

Der Fall betrifft einen 4jährigen Knaben, der außer dem Fehlen einiger Symptome (kein typischer Schädel, keine Mongolenzunge) das Bild des mongoloiden Idioten zeigt. Der Fall wurde hauptsächlich mitgeteilt, um als Stütze für Combys Hypothese zu dienen, daß für die Entstehung der Krankheit die ungünstige wirtschaftliche und psychische Lage der Mutter während der Gravidität von hervorragender Bedeutung sei. Während die Mutter mit dem mongoloiden Knaben schwanger ging, hatte sie unter schweren Sorgen mit Entbehrungen zu leiden. 3 Jahre später gebar sie unter günstigeren Bedingungen ein normales Kind. Thorspecken.

Bircher (Aarau). *Neandertalmerkmal bei Kretinen?*

Antwort auf die gleichnamige Arbeit von Finkbeiner.

Theodor Goett. *Psychogene Akinesie auf Grund einer schweren Neurose im Kindesalter.* (A. d. Kinderklinik in München.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 231.)

Mitteilung eines interessanten und praktisch wichtigen Falles. Birk (Kiel).

Aviragnet, Blechmann et **Huber.** *Un cas de gangrène embolique d'un membre consécutive à une angine diphtérique maligne.* (Arch. de Médecine des enf., XV, 5.)

Bei dem 13jährigen Patienten trat am 14. Tage einer malignen Diphtherie eine Embolie der Aorta abdominalis ein, die schnell vorüberging und sich dann auf den Verschluß der rechtsseitigen Art. iliaca beschränkte. 2 Tage darauf trat der Tod ein. Die Sektion wurde nicht ausgeführt. Als Ursache wird eine diphtherische Endokarditis angesehen. Thorspecken.

L. Tixier et **J. Troisier.** *La surrénalite et la pancréatite scarlatineuses.* (Arch. de Médecine des enf., XV, 5.)

Es lagen bereits von anderer Seite wie auch von den Verff. Beobachtungen über Nebennierenentzündung bei Scharlach vor. Jetzt teilen die Verff. eine größere Zahl (10) hierher gehöriger Fälle mit, die sie in den letzten 2 Jahren klinisch und anatomisch bearbeitet hatten.

3 Symptomenkomplexe sind für eine Entzündung der Nebennieren charakteristisch: 1. Schmerzen im Abdomen, die durch ihren hohen im Epigastrium gelegenen Sitz ausgezeichnet sind und als deren Ursache eine Läsion der Nebennierenkapsel angesehen wird. 2. Ein kardiovaskulärer Symptomenkomplex: Tachykardie, die öfter mit Arhythmie verbunden ist, und eine starke Blutdrucksenkung. 3. Hochgradige Asthenie und Apathie. — Als weniger konstante Symptome werden Melanodermie, starkes Erbrechen, choleraähnliche Diarrhöen, besondere Erytheme, eine Hypercholesterinämie angeführt. Zweifelhaft ist, ob man auch einen Meningismus hierher rechnen darf.

Die Prognose ist sehr ungünstig, wenn auch therapeutisch nicht ganz aussichtslos. Von den 10 Fällen kamen 3 zur Heilung.

Die anatomischen Veränderungen an der Nebenniere betreffen fast ausschließlich die Kortikalis. Es handelt sich in der Hauptsache um degenerative Veränderungen und Hämorrhagien. Besonders charakteristisch ist das Verschwinden der Lipoide. Eine Hypertrophie der Drüsensubstanz war nur in geringem Grade nachzuweisen.

In 3 Fällen war die Entzündung der Nebennieren mit Pankreatitis vergesellschaftet. Letztere äußerte sich gleichfalls in Schmerzen im Epigastrium, rapider Abmagerung, Durchfällen, fötiden Fettstühlen. Glykosurie wurde nicht gefunden. Die Erkennung dieser Affektion ist um so schwieriger, als sie schnell verläuft und eine eingehende Untersuchung der Stühle. des Urins und des Blutes notwendig ist.

Das Pankreas erscheint makroskopisch fast normal, höchstens etwas geschwollen. Bei histologischer Untersuchung aber findet man sowohl interstitielle Veränderungen (Infiltrationen von vorwiegend polynukleären azidophilen Leukozyten) als auch parenchymatöse Alterationen (Hyperplasie mit Kernvermehrung und zwischen den hyperplastischen Zonen Degeneration der Acini). Die Langerhansschen Inseln scheinen weniger befallen zu werden.

Für die Behandlung der schweren Komplikation empfiehlt sich die Anwendung von Adrenalin in Dosen von 2 Tropfen für jedes weitere Jahr einer Altersstufe. In schweren Fällen enventuell mehr, auch subkutane Applikation. Oder 0·3 bis 0·5 g Nebennierenextrakt. Die Therapie muß noch mehrere Tage nach Eintritt der Besserung fortgesetzt werden. Thorspecken.

Fédou. *Une épidémie de rougeole en 1905. (Partienculités cliniques.)* (Arch. de Médecine des enf., XV, 4.)

Es handelte sich um eine leichte Epidemie. 60 Fälle, die der Verf. sah, verliefen günstig. Fédou meint, daß Säuglinge nicht so selten erkranken, wie gewöhnlich angenommen wird. Er selbst beobachtete 2 Erkrankungen von Säuglingen. Der eine war erst 8 Tage alt und reichlicher Infektionsgelegenheit ausgesetzt. Er bot das klassische Bild der Masern mit folgender Hautschuppung. Die Erkrankung des andern Säuglings stand wahrscheinlich in Zusammenhang mit der des ersten, und zwar soll die Infektion durch die Hebamme vermittelt sein, die beide — entfernt voneinander wohnende -- Säuglinge besuchte! Das Kind erkrankte 8 Tage nach dem ersten und weniger intensiv.

Ein ziemlich häufiges Symptom (14 Fälle) war Nasenbluten, das bei einigen Patienten zu wiederholten Malen auftrat.

Im Gegensatze zu anderen Autoren konnte Fédou eine Schwellung der verschiedenen Drüsengruppen während der Invasionsperiode nicht beobachten.

Dagegen decken sich seine Erfahrungen über die Beziehungen der Masern zur Vakzination mit denen anderer Pädiater insofern,

als auch er fand, daß beide Krankheiten sich gegenseitig nicht beeinflussen.

Auffallend häufig sah er Varizellen im Anschlusse an Masern auftreten.

Die Krankengeschichten von 2 Geschwistern, bei denen Masernnachschübe auftraten, sind ferner mitgeteilt. 3 repektive 8 Tage nach Ablauf der ersten Erkrankung traten aufs neue die typischen katarrhalischen und exanthematischen Erscheinungen unter hohem Fieberanstieg auf. F édou hält die Fälle nicht für Rezidive, sondern für Nachschübe und nimmt an, daß die Virulenz des bereits abgeschwächten Virus — aus unbekannten Gründen — wieder zugenommen habe. Nachschübe seien bei Masern weit seltener als Rezidive und ereignen sich besonders bei schweren Erkrankungen und gerne bei mehreren Mitgliedern einer Familie. Thorspecken.

J. Inaba. *Über den Bordet-Gengonschen Keuchhustenbazillus, bes. Übertragungsversuche des Keuchhustens auf Tiere.* (A. d. Kinderklinik zu Kyoto.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 252.)

Mikroskopisch wurde unter 81 untersuchten Keuchhustenfällen 78mal der Bordet-Gengonsche Bazillus gefunden. Nur 3 Untersuchungen, die im späten Stadium der Erkrankung vorgenommen wurden, fielen negativ aus. Die Kultur gelang unter 77 Fällen 68mal (88%), bei den an den ersten 14 Krankheitstagen untersuchten Fällen sogar in 91%. Bei kulturellen Untersuchungen von 18 Fällen andersartiger Respirationskrankheiten fand sich der Bazillus niemals. Die Übertragung des Keuchhustens auf Hunde schlug fehl, gelang aber bei einem jungen Affen, dem der Rachen mit einer Bazillenemulsion betupft wurde. Die Inkubationsdauer betrug 13 Tage, das katarrhalische Stadium währte 2 Tage, das konvulsivische Stadium ungefähr 23 bis 25 Tage.

Die Unterscheidung des Bordet-Gengonschen Bazillus vom Influenzabazillus ist im Ausstrich nicht immer, in der Kultur aber stets und deutlich auszuführen. Die Färbung geschieht am besten nach der Gramschen Methode entweder mit Phenoltoluidinblau nach Kühne oder mit stark verdünnter Ziehlscher Lösung. Für die Kultur gibt der Verf. folgende Vorschrift an:

Man läßt 3% sterilisierten, gewöhnlichen, schwach alkalischen Agarnährboden in Reagenzgläsern im Autoklaven schmelzen, in jedes Reagenzglas zum noch warmen, aber nicht zu heißen Agar wird frisches, steril entnommenes, defibriniertes Ziegenblut hinzugesetzt im Verhältnisse von 10 : 2, mischt alle Teile möglichst gleichmäßig durch behutsames Schütteln der Reagenzgläser untereinander und läßt dann alles in schräger Richtung erkalten.

Birk (Kiel).

Barbier et **Gougelet.** *Des épisodes méningés tuberculeux curables.* (Arch. de Médecine des enf., XV, 4.)

Die tuberkulösen Meningitiden sind eine viel häufigere Komplikation bei anderweitiger Tuberkulose, als bisher angenommen

wurde. Allerdings ist nur eine kleine Anzahl (24) geheilter Fälle von tuberkulöser Meningitis, deren Diagnose durch den Bazillenbefund sichergestellt wurde, in der Literatur mitgeteilt worden (auch die Verff. liefern hierzu einen eigenen Beitrag). Aber nicht um diese Fälle mit ausgebildetem Symptomenkomplex handelt es sich hier, sondern um Erkrankungen, bei denen nur einzelne meningitische Symptome, die meist leichterer und vorübergehender Natur sind und die man bisher nicht als Meningitiden im anatomischen Sinne auffaßte. „Meningitische Episoden" nennen die Verff. dieselben. Sie teilen 3 derartige Fälle mit.

Als charakteristische Symptome führen sie das Auftreten eines Herpes zoster und Schmerzen im Bereiche der Rückenmarksnerven an (Meningitis der hinteren Wurzeln). Begleitet sind die Erscheinungen oft von Fieber, Abmagerung, Anämie, Anorexie, also Zeichen einer aktiven Tuberkulose. Als Folgezustände dieser umschriebenen leichten Meningitiden treten Lähmungen der Augenmuskeln, der Gesichtsmuskulatur und an den Gliedmaßen, ferner Störungen der Reflexe, des Ganges, Aphasie, Sprachstörungen, Pupillendifferenzen auf. Weitere Folgen sollen sein: sogenannte Wachstumskopfschmerzen, Entwicklungsstörungen des Intellektes und anderer geistiger Eigenschaften. Auch Beziehungen zur jugendlichen Paralyse und Dementia praecox werden angenommen.

Bei einigen Kindern, die an einem Rezidiv der Erkrankung oder sonstiger Tuberkulose zugrunde gingen, konnte der anatomische Beweis für das Vorkommen derartiger heilbarer Meningitiden geliefert werden. Es handelt sich entweder um eine allgemeine Erkrankung der Meningen mit einem nur geringen serofibrinösen Erguß, der keine stärkeren Hirndruckerscheinungen versursachte, oder um eine lokalisierte Entzündung mit Bildung von Granulationsgewebe. Die häufigste Ursache aber sind diffuse kongestive Meningitiden ohne Produktion von Gewebe, bei denen sich nur ein mehr oder weniger großer Erguß bildet. Ihr Ausgangspunkt ist eine obliterierende Arteriitis und Erweichung.

Man findet in diesen Fällen bei der Autopsie Verdickungen der Meningen von perlmutterartigem Glanz, die besonders die basalen Partien und Schläfenteile des Gehirns längs der Fossa Sylvii bevorzugen und die sich deutlich von etwaigen frischen Entzündungsvorgängen an den Meningen unterscheiden lassen. Nicht immer entsprechen den pathologisch-anatomischen Veränderungen auch klinische Folgeerscheinungen.

Diese leichten Formen von Meningitis treten besonders bei 7- bis 14jährigen Kindern mit Tuberkulose der serösen Häute und Gelenke, bei lymphatischen Kindern mit latenter oder Drüsentuberkulose, am häufigsten aber bei kleinen Kindern auf, wenn ein Lungenprozeß eine akute Verschlimmerung erfährt und Tuberkelbazillen ins Blut übertreten. Das kommt besonders gern im Verlaufe von Masern, Keuchhusten, Grippe vor.

Über die Prognose läßt sich heute nur so viel sagen, daß sich eine Anzahl der Kinder auch mehrere Jahre nach der meningealen Affektion

noch wohl befand, daß aber die Gefahr von Rezidiven, auch tödlichen, nicht gering ist. Günstige hygienische Bedingungen können das Auftreten solcher Rezidive günstig beeinflussen.

Thorspecken.

F. Maillet. *Les accidents de l'adénopathie trachéobronchique.* (Arch. de Médecine des enf., XV, 3.)

Unter den Symptomen von Affektionen der tracheo-bronchialen Drüsen nehmen Anfälle von seiten der Respirations- und Zirkulationsorgane einen besonders charakteristischen und diagnostisch wichtigen Platz ein. Sie werden hauptsächlich verursacht durch den Druck der vergrößerten Drüsen auf Nachbarorgane. Dazu gehören: 1. Anfälle von Glottiskrampf (inspiratorische Dyspnoe mit Stridor, bei jungen Kindern auch exspiratorischer Stridor; im Beginne des Anfalls rauher Husten; nächtliches Auftreten mit Vorliebe). 2. Asthmaanfälle (Asthme ganglionnaire). 3. Von seiten der Zirkulationsorgane Anfälle von Zyanose, die mitunter auch ohne Dyspnoe und Husten infolge psychischer Erregungen oder bei plötzlichen Bewegungen oder Verdauungsstörungen auftreten können. 4. Nasenbluten, meningeale Blutungen, Hämoptysen. 5. Lungenödem. — Von seiten der Verdauungsorgane sind charakteristisch Anfälle von Erbrechen, die gewöhnlich an die Hustenattacken geknüpft sind.

Diese verschiedenen Anfälle sind lediglich Folgen des Druckes vergrößerter Drüsen auf benachbarte Nerven oder Gefäße und keineswegs beweisend für eine tuberkulöse Drüsenerkrankung. Vielmehr kommen sie nicht selten durch Drüsenschwellungen bei Bronchitiden, Pneumonien, nach Röteln, Grippe und Keuchhusten vor. Während aber bei diesen anderweitige komplizierende Symptome meistens fehlen, pflegen tuberkulöse Erkrankungen noch von solchen Symptomen begleitet zu sein, die auf einen fortschreitenden infektiösen Prozeß hindeuten. Außerdem kommen schwere Kompressionserscheinungen nur durch große Tumoren, die stets tuberkulöser Natur sind, zustande (Zyanoseanfälle, Nasenbluten, meningeale Blutungen, Lungenödem, Hydrothorax) und ebenso spricht die Hartnäckigkeit der verschiedenen Anfälle mehr für den tuberkulösen Charakter der Drüsenerkrankung. Thorspecken.

Aubertin. *Ralentissement de la respiration dans l'adénopathie trachéobronchique.* (Rev. d'hyg. et de méd. inf., Tom. X, Nr. 5/6.)

Mitteilung eines Falles (13jähriges Mädchen) von starker Verlangsamung der Respiration auf 6 bis 8 Atemzüge pro Minute. Dies Phänomen (übrigens ohne Puls- und Pupillenanomalien und ohne Unregelmäßigkeit der Atmung) wie die gleichzeitig bestehende Neuralgie des Nerv. phrenicus sin. wird auf eine durch Röntgenstrahlen festgestellte tuberkulöse Erkrankung der linksseitigen tracheobronchialen Lymphdrüsen bezogen, welche den Nerv. phrenic., vielleicht auch den Nerv. vagus, komprimieren.

Thiemich (Magdeburg.)

Barrington-Ward. *Beiderseitige Coxa vara und andere Deformitäten bei Bruder und Schwester.* (Lancet, I, Nr. 3, 1912.)

Bei einem 9 Jahre alten Mädchen, bei dem seit $1^1/_2$ Jahren Rückenschmerzen und Veränderungen des Ganges bestanden, fanden sich doppelseitige Coxa vara, abnorm kurze Arme, Krachen und Verbreiterung vieler Gelenke und Auswärtsdrehung der Füße. Bei Durchleuchtung zeigte sich mangelhafte, ungleiche und manchmal geteilte Entwicklung der Epiphysen. Bei dem $6^1/_3$ Jahre alten Bruder bestand etwas leichtere, doppelseitige Coxa vara und eine Vorwärtsluxation der oberen Enden beider Radii. Die Ossifikation war in den meisten Knochen über das Alter der Kinder hinaus vorgeschritten.

Bei beiden Kindern waren Bewegungen der Gelenke schmerzlos; doch gaben die Eltern an, daß von Geburt an keine Beugung in den Metakarpophalangealgelenken, also kein Faustschluß, möglich gewesen sei. Die Verbreiterung der Gelenke war im ganzen leicht und hatte nicht die spindelförmige Gestalt der rheumatischen Arthritis. Es bestand weder allgemeine Drüsenschwellung noch Vergrößerung der Milz. Die Ätiologie bleibt unklar.

Philippson (Frankfurt a. M.).

F. Goeppert. *Ventilverschluß durch Abknickung im untersten Teile des Dickdarms im späteren Kindesalter.* (Ein Beitrag zur Entstehung des Megakolons.) (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 13.)

Ein Assistent Goepperts, Blochmann, hatte in der gleichen Wochenschrift (1911, Nr. 13) [referiert Monatsschrift, Bd. X, S. 218] einige Fälle veröffentlicht, die beweisen, daß der Hirschsprungschen Krankheit völlig gleichende Krankheitsbilder bei Neugeborenen durch Abknickung im äußersten Teile des Dickdarms entstehen können.

Die damaligen Mitteilungen ergänzt Verf. und fügt eine neue Beobachtung an einem Knaben hinzu, bei dem im Alter von $2^3/_4$ Jahren eine spontan heilende mäßige und mit $3^1/_2$ Jahren eine rapid zunehmende Auftreibung des Leibes auftrat, welch letztere in 8 Wochen ihren höchsten Grad erreichte und das Kind in Lebensgefahr brachte. Unter der gleichen Therapie, die bei den anderen Kindern angewendet worden war, Heilung.

Es kann also diese Form der Hirschsprungschen Krankheit, die Abknickung des unteren Teiles des Dickdarmes, genau so gut wie beim Neugeborenen auch im späteren Lebensalter auftreten.

Keller.

Alex. Fritz. *Un cas de maladie de Hirschsprung.* (Rev. d'hyg. et de méd. inf., Tom. X, Nr. 5/6.)

Kasuistische Mitteilung. Knabe von 8 Jahren, nach Versagen medikamentöser und diätetischer Behandlung Operation und Exstirpation des ganzen dilatierten, nicht verlängerten wandverdickten Kolons und Tod 3 Tage später. Sektionsbericht.

Thiemich (Magdeburg).

Berichte.

Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Münster in Westf. (15. bis 18. September 1912).

Referent: **Keller** (Berlin).

Erste Sitzung am Montag, den 16. September, nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: **Roberg** (Münster in Westf.).
Schriftführer: **Brüning** (Rostock).

1. **Otto Heubner** (Berlin): *„Über chronische Nephrose im Kindesalter"*.

Zu dem Zwecke, sich über die Frequenz des Vorkommens und der vorkommenden Formen chronischer Nierenerkrankung beim Kinde zu informieren, studierte der Vortragende die während eines Verlaufes von 17 Jahren in seiner Berliner Klinik aufgenommenen Kranken dieser Art. Auf ungefähr 17.000 Gesamtaufnahmen kamen 73 solche mit chronischer „Nephrose". Dieser Ausdruck an Stelle des noch gebräuchlichen „Nephritis" wurde gewählt, weil in den wichtigsten Formen immer eine Mischung von degenerativen und entzündlichen Vorgängen vorlag.

Es zeigte sich, daß der Hauptanteil der Erkrankungen von zwei Formen der chronischen Nephrose bestritten wurde, die durch ihren ernsten Charakter, durch ihr Vorkommen in allen Altersstufen des Kindes und ihre auf beide Geschlechter gleichmäßige Verteilung sich kennzeichnen.

An erster Stelle, mit 30 Fällen, steht ein Syndrom, wie es beim Erwachsenen nicht oder wenigstens sehr selten beobachtet zu werden scheint: die chronische hämorrhagische Nephrose. (Nicht identisch mit der von G. Wagner beschriebenen anhydropischen chronischen hämorrhagischen Nephritis.)

Diese Erkrankung ist einerseits durch die Monate und Jahre lang fast ununterbrochen bestehende hämorrhagische Beschaffenheit des Urins und anderseits durch das regelmäßige Auftreten von verschieden starker, meist sehr hochgradiger Wassersucht gekennzeichnet. Diese wechselt allerdings und ist der Behandlung zugängig, kehrt aber immer wieder.

Die Tagesmenge des Urins bleibt meist unter der Norm, der Eiweißgehalt ist bedeutend, auch bei erzielter reichlicher Wasserausscheidung 3 bis 4‰. Im Sediment sind immer reichlich Erythrozyten, viel Leukozyten, Zylinder aller Art und Fettkörnchenzellen vorhanden. Subjektive Beschwerden fehlen oft ganz oder sind vieldeutig, doch besteht immer die Gefahr der Urämie, welche sich bald in geringfügiger Weise, bald in äußerst schwerer Form, auch mit tödlichem Ausgange einstellte. Nur in solch schweren Fällen fand sich Herzhypertrophie und stark erhöhter Blutdruck. Der pathologisch-anatomische Befund stellte in den von Heubner untersuchten Fällen eine eigentümliche Mischung chronisch-entzündlicher und hämorrhagischer Vorgänge mit Verödung vieler Glomeruli, Narbenzügen von oft erheblicher Ausdehnung und schwerer degenerativer Veränderungen im tubulären Anteile, besonders der Labyrinthkanäle, fest.

Der Verlauf erstreckt sich auf Monate, kann aber auch sehr protrahiert sein über eine ganze Reihe von Jahren. Die Prognose ist immer ungünstig.

Ätiologisch scheint die konstitutionelle Veranlagung unter Hinzutritt infektiöser Momente meist nicht spezifischer Natur von Bedeutung zu sein. Wenigstens ist auffallend, daß eine größere Zahl der Kranken

lymphatischer Konstitution war; die Hälfte aller Fälle, bei denen überhaupt Lymphatismus konstatiert wurde, gehört hierher.

Eine zweite Form (16 der Fälle) steht der eben geschilderten nahe, unterscheidet sich aber von ihr dadurch, daß der hämorrhagische Einschlag hier gänzlich fehlt. Chronische, immer wiederkehrende Wassersucht ist auch hier die Regel. Die Urinsekretion ist spärlich, der Eiweißgehalt sehr hoch, das Sediment reichlich, von allerhand Zylindern, von sehr zahlreichen Leukozyten, von Fettkörnchenzellen und meist nicht verfetteten Epithelien gebildet. Erythrozyten sind, wenn überhaupt, nur sehr spärlich und nur in einzelnen Proben zu finden.

Der Verlauf ist kaum so gedehnt wie bei der vorigen Form; immerhin beobachtet Vortragender jetzt einen Fall von etwa $1^1/_4$ jähriger Dauer. Die Nierenfunktion ist immer schwer geschädigt.

Pathologisch-anatomisch nähert sich der Befund demjenigen, der bei der großen weißen Niere erhoben wird.

Die Behandlung beider Formen kann nur symptomatisch und schonend sein, leistet aber in der Beseitigung des Hydrops durch Diuretika und Digitalis zuweilen doch Erkleckliches. Die salzlose Diät ist nur in einem Teile der Fälle erfolgreich.

Diesen 46 Fällen schwerer Natur stehen in dem Materiale des Vortragenden 17 Fälle leichter Natur gegenüber. Die eine Gruppe (13 Fälle) zeigt den Charakter, den Vortragender früher unter der Bezeichnung „Pädonephritis" beschrieben hat. Wassersucht und Urämie fehlen vollständig, auch das subjektive Befinden ist nur unerheblich gestört, die Wasserausscheidung ist normal und eigentlich der einzige krankhafte Befund ist die Eiweißausscheidung sowie der Befund von bald spärlichen, bald reichlichen Zylindern und zeitweise von Erythrozyten im Sediment. Das Besorgniserregende dieses Zustandes besteht eben nur in der hartnäckigen Fortdauer der Abnormität über Monate und Jahre. Vortragender hat aber niemals den Übergang dieser Erkrankungsformen in eine der schweren zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Sehr nahe steht dieser Gruppe eine zweite seltenere (4 Fälle) von intermittierender Albiminurie, jedesmal mit nephritischen Erscheinungen.

Die Behandlung ist diätetisch. Vortragender warnt davor, bei der Entdeckung dieser Formen von Nephrose allemal gleich den ganzen großen Apparat wie bei Behandlung schwerer Formen in Szene zu setzen, was nichts nütze und den Kindern eher Nachteil bringe, während die Eltern in unnötiger Aufregung und Sorge erhalten werden.

Die restierenden Fälle seiner Beobachtung setzen sich aus ein paar Erkrankungen an Schrumpfniere und aus chronischen Nierenaffektionen, die sich im Anschlusse an Pyelitis entwickelten — diese ausschließlich Mädchen betreffend — zusammen.

(Der Vortrag erscheint in extenso im Jahrbuch für Kinderheilkunde.)

Diskussion: Friedrich v. Müller (München) weist darauf hin, daß Nierenerkrankungen mit dauernder Blutausscheidung im Harne größtenteils auf vorangehende einmalige oder wiederholte Mandelinfektionen zurückzuführen sind. Diese von Anginen ausgehenden chronischen Nierenerkrankungen gehen beim Erwachsenen durchaus nicht so häufig mit Ödemen einher als beim Kinde und zeigen keine schlechte Prognose. Die Stickstoffausscheidung pflegt dabei größtenteils etwas gestört zu sein; weniger oder auch gar nicht die Kochsalzausscheidung. Der Blutdruck ist zumeist in den leichteren Fällen nicht gesteigert, kann aber im Laufe der Jahre eine Tendenz zur Erhöhung zeigen. Der schlechteste Maßstab für die Prüfung der Nierenfunktion ist die Eiweißausscheidung; dagegen empfiehlt v. Müller in jedem Falle die Beobachtung der Stickstoffausscheidung nach Harnstoffzulage.

Göppert (Göttingen) betont die Bedeutung der Pyelitis in der Ätiologie der chronischen Nierenerkrankungen des Kindesalters.

Nach seiner Erfahrung findet sich außerordentlich häufig monatelange Eiweißausscheidung selbst nach Abheilung der Pyelitis. Allerdings sind es zumeist leichtere Fälle, während schwere chronische Nierenerkrankungen in diesem Falle von ihm nicht beobachtet wurden.

Abelmann (St. Petersburg) weist darauf hin, daß in Rußland anscheinend häufiger die chronischen Formen der Nierenerkrankungen bei Kindern zur Beobachtung kommen. So waren in der therapeutischen Abteilung des Elisabeth-Kinderhospitals in St. Petersburg im Jahre 1906 unter 1068 Kindern 38 Fälle von chronischer Nephritis. Die Mehrzahl gehörte der von Heubner geschilderten ersten Gruppe chronischer hämorrhagischer Nephrose an. Alle Kinder waren schwer hydropisch; im Urin Blut in größerer Menge.

Heubner (Schlußwort) erklärt sich in allen Beziehungen mit den Ausführungen v. Müllers einverstanden, durch welche seine eigenen Beobachtungen am Kinde in vorzüglicher Weise ergänzt würden. Er stimmt mit ihm auch darin überein, was das Aufstehenlassen der Kinder, sobald sie nicht mehr hydropisch sind, anbetrifft, und steht auf demselben Standpunkt bezüglich der Zwecklosigkeit der vielen Eiweißuntersuchungen durch die Mutter und der Wichtigkeit der Stickstoffbestimmungen im Harn.

Die Schilderung, die Herr v. Müller von der hämorrhagischen Nephrose der Erwachsenen gegeben hat, beweise die Berechtigung, die gleichbenannte Affektion des Kindes von der des Erwachsenen zu unterscheiden.

2. **Schick** (Wien) berichtet über Untersuchungen von Schick und Magyar: *„Über Diphtherietoxin-Intrakutanreaktion beim Menschen"*.

Durch intrakutane Injektion von Diphtherietoxin in der Menge von 0·1 einer Verdünnung von 1 : 1000 wird eine Hautreaktion erzeugt, deren spezifischer Charakter dadurch erwiesen werden kann, daß ihr Entstehen durch gleichzeitige Injektion von Heilserum unterdrückt wird. Nicht alle Individuen reagieren bei dieser Injektionsmenge positiv. Bei einer Gesamtzahl von 434 untersuchten Kindern reagierten im 1. Lebensjahre 50%, im 2. bis 5. Lebensjahre 62%, zwischen dem 5. und 15. Lebensjahre wieder nur 50% positiv. Das Ergebnis bei Injektion Erwachsener steht noch aus. Da das Diphtherietoxin eine primär toxisch wirkende Substanz ist, war daran zu denken, daß der Ausfall der Reaktion davon abhängig sei, ob ein Individuum Schutzkörper gegen Diphtherietoxin besitzt oder nicht. Schick konnte gemeinsam mit Löwenstein und Michiels in 50 Fällen (25 positiv, 25 negativ reagierenden Fällen) nachweisen, daß positiv reagierende Fälle keinen Schutzkörper im Serum besitzen, während bei negativem Ausfalle der Reaktion Schutzkörper im Serum nachweisbar sind. Damit ist der kausale Zusammenhang zwischen Immunitätszustand des Organismus und Ausfall der Diphtherietoxinreaktion bewiesen. Von anderer Seite wurde angegeben, daß Tuberkulöse nicht nur auf Tuberkulin, sondern auch auf Diphtherietoxin positiv reagieren, woraus geschlossen wurde, daß Tuberkulöse eine Überempfindlichkeit gegen verschiedene Toxine, nicht nur gegen Tuberkulin haben. Soweit diese Angaben das Diphtherietoxin betreffen, konnten die Vortragenden sie bei gleichzeitiger Prüfung mit Tuberkulin und Diphtherietoxin bei 315 Fällen nicht bestätigen. Es zeigten 162 Fälle gleichsinnigen, 153 Fälle divergenten Ausfall. Relativ häufig findet man, daß bei positivem Ausfalle beider Reaktionen die Intensität derselben ähnlich ist. Dies wird aber mit dem Momente der Konstitution des Individuums erklärt, die den Ablauf des Entzündungsvorganges bestimmt. Die Erregbarkeit des Entzündungsmechanismus stellt zu gleicher Zeit eine bestimmte Größe dar.

Versuche aktiver Immunisierung waren bisher von keinem Erfolge. Überempfindlichkeitsphänomene bei wiederholter Injektion wurden nicht beobachtet.

Diskussion: Noegerath (Berlin) fragt an, ob den Untersuchungen auch ein diagnostischer Wert beizulegen sei, z. B. bei der Eruierung der diphtherischen Ätiologie von Lähmungen.

Bahrdt (Berlin) fragt an, ob sich Beziehungen der diphtherischen Reaktion zu den Bazillenträgern ergeben haben.

Bauer (Düsseldorf) stimmt dem Vortragenden in der Bekämpfung der Annahme von der unspezifischen allgemeinen Allergie, z. B. bei der Tuberkulose, zu. Die Tuberkulosereaktion erwies sich auch insofern als spezifisch allergisch, als bei intrakutaner Impfung mit verschiedenen Toxinen und Vakzinen sich Differenzen zeigen, indem nicht die Tuberkulinreagierenden auch auf andere Stoffe reagierten und umgekehrt. Der Irrtum kann dadurch veranlaßt werden, daß Kinder mit Lymphatismus oder exsudativer Diathese sehr stark und meist auf die verschiedensten Stoffe zugleich reagieren.

Schick (Schlußwort): Bezüglich des diagnostischen Wertes der intrakutanen Reaktion bei postdiphtherischen Lähmungen ist vorläufig nur das eine zu sagen, daß postdiphtherische Lähmungen dann einen negativen Ausfall der Reaktion ergeben werden, wenn Antitoxin im Blutserum vorhanden ist, und das ist meistens der Fall.

Untersuchungen über das Verhalten der Bazillenträger sind noch nicht durchgeführt. Sicher ist so viel, daß man auf Diphtheriestationen lange verweilen kann, ohne zu erkranken, trotz positiver Diphtheriereaktion, das heißt also: trotz Fehlens von Schutzkörpern.

Bezüglich des Verhaltens der Lymphatiker fehlen dem Vortragenen Erfahrungen.

3. Fräulein **Johanna Schwenke** (Breslau): *„Über die diagnostische Bedeutung der Döhleschen Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach"*.

Döhle gab im November vorigen Jahres einen interessanten Befund bekannt über Leukozyteneinschlüsse im Blute Scharlachkranker, die für Scharlach charakteristisch sein sollten. Kretschmer, der zuerst das konstante Vorkommen der von Döhle beschriebenen Einschlüsse bei frischen Scharlachfällen bestätigte, glaubte die Blutuntersuchung auf Einschlüsse als ein Hilfsmittel zur Entscheidung in zweifelhaften Scharlachfällen empfehlen zu dürfen. Von verschiedenen Autoren sind Nachuntersuchungen gemacht worden. Schon mehr als 300 Scharlachfälle wurden untersucht, die mit wenig Ausnahmen ein positives Resultat ergaben. Vortr. hat im ganzen 81 Fälle untersucht, darunter 11 Scharlachfälle. Diese ergaben, in der ersten Krankheitswoche untersucht, alle einen positiven Befund. Von 100 gezählten Leukozyten wurde in jedem Falle die Zahl der einschlußhaltigen Leukozyten bestimmt und gleichzeitig in vielen Fällen eine Leukozytenzählung vorgenommen. Die Zahl der Einschlüsse variierte, und zwar so, daß die leichteren Fälle wenig einschlußhaltige Leukozyten zeigten und die Einschlüsse kleiner waren. An fünf klinisch beobachteten und öfter untersuchten Fällen konnte gezeigt werden, daß die Einschlüsse von Tag zu Tag abnahmen und jenseits des 7. Krankheitstages nur noch vereinzelt zu finden sind.

Die übereinstimmenden Resultate aller Autoren konnten dazu ermutigen, der Blutuntersuchung auf Einschlüsse einen großen diagnostischen Wert beizulegen. Doch haben weitere Untersuchungen gezeigt, daß diese Leukozyteneinschlüsse für Scharlach nicht pathognostisch sind. Die wichtigsten Beobachtungen aus der Literatur werden kurz referiert und besonders die positiven Befunde verschiedener Autoren bei Masern, Typhus, Sepsis und Erysipel hervorgehoben; im Anschlusse daran wird über die eigenen Fälle berichtet. Der reichliche Befund von Leukozyteneinschlüssen bei zwei hochfiebernden

Kranken, die ohne Organbefund eingeliefert wurden und bei denen kurz danach erst der physikalische Befund einer kruppösen Pneumonie nachweisbar wurde, gab der Untersuchung eine besondere Richtung. 14 Fälle von sicherer kruppöser Pneumonie wurden untersucht. Es handelte sich um Kinder im Alter von 2 bis 10 Jahren, die Untersuchung fand innerhalb des 2. bis 9. Krankheitstages vor der Krisis statt. Sämtliche Fälle erwiesen sich positiv, in 12 Fällen fanden sich mehr als 50%, in zwei Fällen zirka 35% einschlußhaltige Leukozyten. Die Einschlüsse waren von den bei Scharlach gefundenen nicht zu unterscheiden. Drei Fälle, die klinisch untersucht werden konnten, wurden wiederholt auf Einschlüsse untersucht; bis kurz nach der Krisis wurden in der Mehrzahl der Leukozyten Einschlüsse gefunden. Dann nahmen sie allmählich ab und waren nach 14 Tagen nur noch vereinzelt zu finden. In fünf anderen Fällen, bei denen gleichfalls Verdacht auf Pneumonie bestand, bei denen aber Fieberabfall eintrat, ohne daß ein Lungenbefund nachweisbar wurde, fanden sich 2 mal zirka 35%, 3 mal nur vereinzelte Leukozyteneinschlüsse. 3 Fälle von Bronchopneumonie bei Keuchhusten zeigten zirka 35% einschlußhaltige Leukozyten. Die meisten Einschlüsse wurden gefunden in einem Falle, der im Rekonvaleszenzstadium eines Keuchhustens hohes, intermittierendes Fieber ohne nachweisbare Ursache bekam. Einschlüsse in mäßig reichlicher Zahl wurden nachgewiesen bei 2 Fällen von Empyem, 2 Fällen von tuberkulösen Abszessen, einem Fall von eitriger Arthritis im Anschlusse an Pneumonie, einem Fall von abszedierender Pneumokokkenperitonitis und 2 Fällen von Angina. Nur vereinzelte wenig charakteristische Einschlüsse zeigten 2 Fälle von tuberkulösem pleuritischen Exsudat, drei Fälle von Lungentuberkulose, 3 Fälle von Anämie. Ganz negativ erwiesen sich 8 Fälle von Anämie, 3 Fälle von Rubeolen, 4 weitere Fälle von Angina, einzelne Fälle von toxischem und Serumanthem, konstitutionellem Säuglingsekzem, je ein Fall von tuberkulöser, seröser und eitriger Meningitis.

Die Frage, was diese Leukozyteneinschlüsse sind, ist noch nicht gelöst. Döhle hält sie nach neueren Mitteilungen für Teilstücke einer Spirochäte, die von den Leukozyten aufgenommen und verarbeitet worden sind. Das Vorkommen der Einschlüsse bei anderen Krankheiten sucht er dadurch zu erklären, daß auch hier eine Spirochäte Eingang in die Blutbahn gefunden hat. Auf Grund der eigenen Befunde, besonders bei Pneumonie, erscheint eine Spirochäteninfektion unwahrscheinlich. Es wird die Auffassung ausgesprochen, daß die von Döhle beschriebenen Leukozyteneinschlüsse der Ausdruck einer Reaktion des hämatopoetischen Systems auf bakterielle Gifte sind, ähnlich wie die Leukozytose. Ein direkter Zusammenhang beider Erscheinungen konnte aber nicht nachgewiesen werden.

Die Untersuchungsresultate und die sich daraus ergebenden Schlüsse für die diagnostische Verwertbarkeit der Leukozyteneinschlüsse können folgendermaßen zusammengefaßt werden: Die Leukozyteneinschlüsse wurden bei frischen Scharlachfällen konstant in der Mehrzahl der Leukozyten gefunden, bei leichten mit geringer Fiebersteigerung einhergehenden Fällen in geringerer Zahl, Nach dem 7. Krankheitstage sind sie überhaupt nur noch vereinzelt vorhanden. Nur in frischen Fällen kann demnach die Blutuntersuchung auf Döhle sche Einschlüsse als diagnostisches Hilfsmittel in Betracht kommen. Die Leukozyteneinschlüsse sind aber für Scharlach nicht pathognostisch, sondern wurden ebenso konstant und ebenso reichlich bei kruppöser Pneumonie bei Kindern, von anderen Autoren bei Sepsis, Erysipel, bei Typhus und Masern gefunden. Bei einigen subakut und chronisch verlaufenen Krankheiten wurden Einschlüsse in mäßig reichlicher Zahl nachgewiesen.

Ein positiver Befund von Döhle schen Einschlüssen, bei akut fieberhaften Krankheiten erhoben, berechtigt nicht dazu, die Diagnose auf Scharlach zu stellen, sondern es kommen die eben erwähnten Krankheiten in gleicher Weise in Betracht.

Ein negatives Resultat spricht bei hochfiebernden Kranken entschieden gegen Scharlach, während man bei leichten oder gar nicht fiebernden Kranken eine Scharlacherkrankung nicht ausschließen darf.

Die diagnostische Bedeutung der Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach muß demnach eine ziemlich weitgehende Einschränkung erfahren. Infolge der einfachen Technik dürfte sie immerhin als unterstützendes Hilfsmittel in zweifelhaften Fällen mit Erfolg heranzuziehen sein.

Diskussion: H. Vogt (Straßburg) berichtet über Untersuchungen, welche von Kretschmer an der Straßburger Klinik ausgeführt wurden. Die Zahl der untersuchten Fälle beläuft sich bisher auf zirka 100 Scharlachfälle und zirka 170 Kontrollfälle. In sämtlichen Scharlachfällen fiel das Ergebnis der Untersuchungen positiv aus, soweit dieselben innerhalb der ersten acht Krankheitstage ausgeführt wurden. Die Häufigkeit der Einschlüsse bei den einzelnen Fällen war meistens proportional der Intensität der Krankheitserscheinungen.

Die Kontrollfälle betreffen folgende Krankheitsformen:

14 Angina: 2 mal ganz vereinzelt kleine Einschlüsse.
2 Angina Vincenti: negativ.
27 Diphtherie: 6 mal wenige, 6 mal ganz vereinzelte Einschlüsse, die beim Vergleiche mit Scharlachpräparat kleiner waren und nicht so polymorph.
24 Masern: In einem Falle kleine Körnchen in einzelnen Leukozyten.
27 Tuberkulose: 2 mal wenige Leukozyteneinschlüsse.
3 Meningitisfälle (2 davon Tuberkulose): 0.
7 Empyeme 4 mal mit Streptokokken: 2 + 2 —; 2 mit Pneumokokken 2 +; 1 mit Staphylokokken 0.
4 Sepsis puerperalis (3 mal Streptokokken, 1 mal Staphylokokken) 2 mal mit Streptokokken +.
1 Pneumokokkenperitonitis + +
Masernpneumonien + (eine davon + +).
2 Erysipel +.
Serumexanthem, Erythema nodosum usw. 0.

Die differential-diagnostische Bedeutung wurde durch diesen Befund nur wenig eingeschränkt, da es sich meist nicht um Krankheiten handelt, welche mit Scharlach verwechselt werden können.

Nur gegenüber der Diphtherie ist auf Grund des Befund von Döhle schen Körperchen keine sichere Differentialdiagnose möglich.

Experimentell gelang es nur durch Injektion von tödlichen Dosen von Diphtherietoxin, bei Hunden wenige kleine Leukozyteneinschlüsse hervorzurufen.

Die Leukozyteneinschlüsse sind nicht spezifisch, kommen aber regelmäßig und am zahlreichsten bei Scharlach vor. Die Einschlüsse sind sicher keine Krankheitserreger, sondern wahrscheinlich Reaktionsprodukte der Zellen auf toxische Bakterienprodukte.

4. **Roberg** (Münster in Westfalen): *„Über einen Fall von eigentümlichem Serumexanthem nach Einspritzung von Diphtherieserum"*.

Roberg spritzte am 19. April 1912 einem 1 Jahr alten Knaben wegen schwerer Diphtherie 2000 J. E. Höchster Antidiphtherieserum Nr. IV. D. ein.

Am 30. April, also 12 Tage nach der Einspritzung, wurde das Kind sehr unruhig und bekam am ganzen Körper einen stark juckenden Quaddelausschlag. Am 1. Mai trat unter hohem Fieber von 39 bis 40° zu den Quaddeln ein Hautausschlag von teils hellroten, teils blauen Stellen, der dem ganzen Körper ein marmoriertes Aussehen gab.

Dieses Serumexanthem ist dadurch eigentümlich, daß im Gefäßsystem der Haut zu gleicher Zeit drei ganz verschiedene Zustände auftreten: 1. Anämie in den blassen Quaddeln, 2. arterielle Hyperämie in den hellroten und 3. venöse Hyperämie in den blauen Stellen.

Diskussion: v. Pirquet (Wien): Die vom Vortragenden beschriebene Abart des Serumexanthems kommt bei den jetzt üblichen Dosen von Diphtherieserum nur selten vor; in früherer Zeit aber und bei den großen Serumdosen, wie sie beim Scharlachserum verwendet werden, sah man diese Form nicht so selten. In dem Buche „Serumkrankheit" haben Pirquet und Schick mehrere Fälle dieser Art als Erythema-multiforme-artige Ausschläge beschrieben. Marfan nannte es Erythème marginé aberrant.

5. **A. Roberg** (Münster in Westfalen): *„Ein Fall von Enteritis membranacea mit sehr heftigen Darmblutungen bei einem Säugling".* (Heilung.)

Roberg nahm am 10. August 1911 einen 5 Monate alten Knaben, der seit Ende Juni an Verdauungsstörungen litt, in Behandlung. In der Familie Neigung zu Blutungen. — Kind zurzeit gut genährt, aber sehr unruhig und von mattem Aussehen. Stühle 3 bis 4, dünn, grünlich-schleimig, stinkend. Bereits am 11. August ist Kind sehr elend und verfallen. Erster blutiger Stuhl. Vom 12. bis 17. August verfällt Kind immer mehr, wird ganz anämisch und aufs äußerste entkräftet, von totenähnlichem Aussehen infolge des großen Blutverlustes durch die täglichen heftigen Darmblutungen. In der Nacht vom 17. zum 18. August stößt sich unter heftiger Darmblutung ein 36 cm langer grauer Strang ab. Dieser Strang — Darmabguß — besteht aus Fibrin. Jetzt erholt sich Kind allmählich und Heilung tritt ein. Stillung der Darmblutung durch Einspritzung von Adrenalin und Gelatine.

Diskussion: Göppert (Göttingen) weist auf die Henochsche Purpura hin, bei der schwere Darmblutungen und dann auch Schleimhautzertrümmerungen vorkommen, so daß es zu fibrinösen Auflagerungen kommt.

Es wird zu wenig beachtet, wie unheilvoll eine lange fortgesetzte Mehldiät auf ruhrartige Magendarmerkrankungen einwirkt. Die Erhaltung des Lebens in dem vorgetragenen Falle dankt das Kind wohl mehr der Verabreichung von Milch als der medikamentösen Therapie.

Czerny (Straßburg) macht auf die merkwürdige Tatsache aufmerksam, daß in keinem der pädiatrischen Lehrbücher der Enteritis membranacea eine Besprechung gewidmet ist.

Pauli (Lübeck) fragt an, ob es sich nicht in dem Falle Roberg um eine Invagination gehandelt habe.

Abelmann (St. Petersburg) nimmt an, daß es sich um eine akute Kolitis gehandelt habe.

6. **Dünzelmann** (Leipzig): *„Salvarsan und Neosalvarsan bei Lues congenita".*

Es wurden Erfahrungen gesammelt an einem Materiale von 40 Fällen von Lues congenita mit den verschiedensten Erscheinungsformen.

Mit der subkutanen Methode von Lentzmann in 1‰iger Lösung wurde eine derartige Nekrose erhalten, daß es bei dem einen Versuch blieb. Die intramuskuläre Methode wurde ebenfalls wegen Infiltrat und Nekrosenbildung verlassen und es wurde lediglich intravenös injiziert, und zwar 10 Fälle in stark verdünnter Lösung (0·1 Salvarsan in 30 bis 50 cm^3 0·6%, etwa zur Hälfte mit Aqua destillata verdünnter, eben alkalischer Kochsalzlösung), alle übrigen Fälle auf Rat von Welde in 5%iger Lösung (0·1 Salvarsan respektive eine Menge Nesoalvarsan, die 0·1 Salvarsan entspricht, gelöst in 2 cm^3 Flüssigkeit). Injiziert wurde in letzter Zeit nur in die Kopfvenen und die schwierige Methode der Infusion ganz verlassen. Mit der Dosierung ging man anfangs sehr vorsichtig um, 0·06 bis 0·14 Salvarsan in 1 bis 2 Injektionen, später mit größerer Erfahrung wurden größere Mengen

einverleibt und zuletzt 0·01 bis 0·2 Neosalvarsan pro Injektion und bis 1·6 Neosalvarsan in 9 Injektionen bei einem Kinde.

Nach längeren Versuchen, nur mit Salvarsan auszukommen, ging man später zur kombinierten Behandlung mit Quecksilber, Protojodurat und Sublimatinjektionen über.

Die Wirkung des Mittels auf die luetischen Symptome war immer sehr auffallend. Das Exanthem und die Papeln verschwanden prompt, nicht so schnell die Rhinitis, Milz- und Lebertumor und Osteochondritis. Weiter wurde festgestellt eine bald nach Injektion sich einstellende auffallende Mattigkeit und Schläfrigkeit, bisweilen eine starke Schreckhaftigkeit und Überempfindlichkeit auf Licht- und Gehörreize. Fieber trat wechselnd auf und stand anscheinend in keinem Verhältnisse zur Dosis, auch der Wasserfehler spielte wohl keine besondere Rolle. Besonders stark (40, ja, 41·3°) reagierten vorher schon Infizierte (Bronchitis, Bronchopneumonie) und ist bei ihnen Vorsicht zu raten. Am konstantesten traten schleimige, glasige und häufige Stühle auf. Erbrechen wurde häufig beobachtet.

In einzelnen Fällen wurde nach der Injektion ein Anschwellen der Milz bemerkt, doch ging die Vergrößerung bald ganz oder auf das alte Niveau wieder zurück. Herxheimersche Reaktion trat fünfmal auf. Urtikaria (Arzneiexanthem) selten.

Alle Erscheinungen waren äußerst wechselnd bei den verschiedenen Kindern, ja, bei demselben Kinde, und nie von längerer Dauer. Infiltrate entstanden, wenn auch nur minimale Mengen Salvarsan neben die Vene gespritzt wurden, regelmäßig und blieben lange Zeit, oft 3 Monate, bestehen. Beim Neosalvarsan machen kleinste und kleine Mengen keine dauernden Infiltrate.

Zweimal wurden bei der Injektion multiple Hautnekrosen beobachtet, deren Entstehen nicht erklärt werden kann, vielleicht war die zu schnelle Injektion daran schuld.

Von 37 intravenös mit Salvarsan oder Neosalvarsan injizierten Kindern starben 12:

3 an Pneumonie;

3 an Empyem, 8 Tage bis 4 Wochen nach der letzten Injektion;

4 waren ganz schwere, aus dem Fötalleben hereinreichende Luesformen;

2 gingen plötzlich unter Krämpfen zugrunde (1 davon am nächsten Tag, 1 nach 8 Tagen).

Ob das Salvarsan bei den letzten 6 Kindern eine Rolle gespielt hat, kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, jedenfalls trug aber auch die schwere Lues an sich ihren Teil dazu bei.

Rezidive wurden fünfmal beobachtet.

Bei 2 Kindern war die Dosis zu klein: 0·06 und 0·04. Bei einem Kinde ging der Prozeß weiter trotz zwei Injektionen von 0·1 und 0·08 (schwere viszerale Lues), ebenso bei einem zweiten traten wieder neue Papeln auf.

Ein Kind, das bereits wegen Rezidiv behandelt wurde, bekam ein serpiginöses Exanthem, das sich durch außerordentliche Hartnäckigkeit auszeichnete.

Von den 15 überlebenden, intravenös injizierten Salvarsankindern wurden 12 mehrere Male in größeren Abständen auf Wassermannsche Reaktion untersucht.

Bei 6 war der Wassermann bei der Entlastung stark positiv und blieb es bei

3 trotz klinischer Behandlung mit Quecksilber;

3 entzogen sich weiterer Untersuchung;

5 wurden negativ, einer schwach positiv.

Bei den entlassenen 4 Neosalvarsankindern war die Serumreaktion negativ, doch ist ein abschließendes Urteil bei der Kürze der Zeit nicht angebracht.

Weitere klinische Erfahrungen über Methode, Dosierung und Wirkung sind nötig, ehe man die neuen Mittel für die Allgemeinpraxis empfehlen kann.

Das Neosalvarsan, in der Wirkung dem Salvarsan gleich, hat den Vorzug schnellerer Löslichkeit und einfacherer Zubereitung, vielleicht auch geringerer Giftigkeit, auch besteht die Gefahr der Nekrosen nicht in dem erheblichen Maße.

Die mit Quecksilber kombinierte Behandlung scheint der alleinigen Salvarsantherapie überlegen zu sein. Die bisherigen Versuche sind ermunternd und fordern zu weiterem Studium auf.

7. **Welde** (Berlin): *„Poliklinische Behandlung der kongenitalen Lues mil Neosalvarsan (beziehungsweise Salvarsan)"*.

Ambulant behandelt wurden im Verlaufe von $1^1/_4$ Jahren 30 Fälle frischer Lues congenita. Davon waren 28 Säuglinge der verschiedensten Altersstufen, 1 Fall von Idiotie (2 Jahre) und 1 luetischer Hydrozephalus ($1^1/_2$ Jahre). Die insgesamt 122 Injektionen wurden vorgenommen 70mal (nur intravenös) mit Altsalvarsan, 52mal mit Neosalvarsan (davon 24mal intravenös, 28mal intramuskulär). Ausschließlich Altsalvarsan erhielten 7, ausschließlich Neosalvarsan 6 Kinder, die übrigen 17 zuerst Alt-, dann Neosalvarsan. Die Dosierung war regelmäßig 0·1 Altsalvarsan oder die 0·1 Altsalvarsan entsprechende Menge Neosalvarsan. Von zuerst weniger konzentrierten Lösungen, von 0·1 auf 30 wurde wegen Schwierigkeiten der Technik zu 0·1 auf 10 cm^3 und schließlich zu Lösungen von 0·1 auf 2 cm^3 übergegangen. Mit dieser letzteren Methode wurden 90 Injektionen vorgenommen. Für sämtliche intravenösen Einspritzungen wurden die Schädelvenen verwendet. Dabei kam es nur 3mal bei Verwendung von Altsalvarsan zu Infiltrat und Nekrosenbildung, die aber ohne weiteren Schaden heilten. Bei den 28 intramuskulären Neosalvarsaninjektionen erfolgte meist prompte Resorption, aber 5mal kam es zu vorübergehender stärkerer Infiltration. Die Erfolge mit Altsalvarsan waren recht befriedigend, die Wirkung des Neosalvarsans schien — soweit sich bei den wenigen Fällen schon jetzt beurteilen läßt — der des Altsalvarsans ebenbürtig zu sein. Niemals wurden toxische Nebenwirkungen beobachtet. Vorübergehende dyspeptische Symptome, seltenes Erbrechen und mäßige Temperatursteigerungen stellten die einzigen Reaktionen der inneren Organe dar; Sinnesorgane oder Zentralnervensystem blieben unbeschädigt.

Allerdings wurden die schwersten (viszeralen) Fälle der Klinik überwiesen. 2 ambulant behandelte viszerale Fälle (Atrophiker von 3500 und 4000 g) starben trotz der 1- bis 2maligen Injektion nach 10 Tagen. Ferner erlagen noch 2 Kinder nach mehreren Monaten Morbillen. Vorläufig klinisch geheilt wurden 15 Fälle. Freilich haben nur 4 von diesen zurzeit negativen Wassermann, so daß also auch hierbei eine spätere Weiterbehandlung notwendig erscheint. Kein Erfolg wurde erreicht bei der Idiotie und beim Hydrozephalus. 4 Kinder schieden ungeheilt aus der Behandlung aus sozialen Gründen (Wegzug der Eltern usw.). Die übrigen Kinder stehen zurzeit noch in Behandlung und sind auf dem Wege der Besserung. Zur Heilung waren durchschnittlich 4 bis 6 Injektionen notwendig (1 bis zu 9mal), die in Abständen von 2 bis 4 Wochen, gelegentlich auch mehreren Monaten, erfolgten.

Zusammenfassend dürfen wir also wohl sagen, daß die Salvarsanbehandlung bei nicht allzu schweren Fällen (viszeralen!) auch ambulant mit Erfolg durchgeführt werden kann.

Diskussion zu beiden Vorträgen (Dünzelmann und Welde). Noegerath (Berlin) berichtet über erfolgreiche Neosalvarsanbehandlung in 2 Fällen intestinaler Säuglingslues: 1. Nephritis haemorrhagica, die vielwöchentlicher Kalomelkur widerstand, sicher keine Quecksilbernephritis war und kurze Zeit nach Neosalvarsaninjektion klinisch ausheilte. 2. Starke Mitbeteiligung des Pankreas. In 3 Fällen von Neosalvarsananwendung trat nach der Injektion vorübergehende Glykosurie ein; dies konnte eine Pankreasreaktion sein.

Als Salvarsanschädigung wurde von Eckert eine Fernekrose und eine Injektionsnekrose beobachtet, als deren Ursache nach Heubner Kapillarschädigung wahrscheinlich ist. Manche Fälle reagieren nicht genügend auf Salvarsan, dann ist mit Quecksilber kombinierte Behandlung notwendig.

Reyher (Berlin) fragt an, ob auf unter dem Einflusse der Salvarsantherapie eintretende Knochenveränderungen geachtet worden sei. Die Überlegenheit der Salvarsantherapie gegenüber der Quecksilbertherapie müßte sich in der Schnelligkeit, mit der die Knochenveränderungen sich zurückbilden, zum Ausdrucke kommen. Reyher selbst fand bei den wenigen Fällen, die er bisher in dieser Hinsicht beobachten konnte, keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden konkurrierenden Behandlungsmethoden.

Dünzelmann erwidert in seinem Schlußworte, daß Röntgenuntersuchungen zur Kontrolle der Behandlungserfolge nicht ausgeführt wurden.

8. **A. Köppen** (Norden): *„Der Katarrh der Gallengänge im Kindesalter"*.

Wenngleich der Katarrh der Gallengänge im Kindesalter von dem der späteren Lebensjahre prinzipiell nicht verschieden ist, so zeigt er doch derart typische Merkmale, daß er nicht nur verdient, besonders besprochen zu werden, sondern daß auch durch eine kritische Würdigung der Symptome das Wesen der hierher gehörenden Krankheiten erhellt werden kann.

Besondere Beachtung beanspruchen der Urin, die Fäzes und die Haut, nach deren Verhalten die Krankheit in drei Stadien eingeteilt werden kann: Im I. Stadium färbt sich der Urin dunkel durch vermehrten Gehalt an Urobilin; im II. entfärben sich dazu die Stühle und im III. tritt noch Ikterus hinzu. Die Krankheit braucht nicht alle Stadien zu durchlaufen, sondern kann im II. oder gar im I. mit Genesung enden. Im letzten Fall ist die Urobilinurie das hauptsächlichste Merkmal und allein imstande, die Diagnose zu sichern. Schreitet die Krankheit bis zum Erscheinen des Ikterus fort, so handelt es sich um einen Ikterus per parapedesin und nicht um einen Ikterus per stasin.

Das Urobilin ist nicht identisch mit dem durch Reduktion des Bilirubins im Darmkanal entstehenden Hydrobilirubin oder Sterkobilin, wie schon die einzige, aus der Beobachtung des II. Stadiums des kindlichen Gallengangskatarrhs sich ergebende Überlegung sagt, daß, wenn sich im Darme kein Gallenfarbstoff befindet und doch Urobilinurie auftritt, das Urobilin auch nicht im Darm entstanden und aus ihm resorbiert sein kann. Das Urobilin ist vielmehr identisch mit dem äußersten Oxydationsprodukt des Bilirubins, welches dieselben Reaktionen, dasselbe Spektrum gibt wie das Hydrobilirubin — dem Choletelin. Da der Katarrh der Gallengänge im Kindesalter eine leichte Erkrankung darstellt, so ist die Menge von Bilirubin, welche in den Kreislauf eintritt, nicht größer, als der kindliche Organismus, dem man eine besonders starke Oxydationskraft zutrauen darf, zu Choletelin umwandeln kann. Dieses wird dann mit dem Urin ausgeschieden — Urobilinurie.

Zweite Sitzung, am Dienstag, den 17. September, vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender: **Falkenheim** (Königsberg).
Schriftführer: **Brüning** (Rostock).

9. **Ellenbeck** (Düsseldorf): *„Zur Hämolyse der Frauenmilch"*.

In der Frauenmilch entsteht beim Aufbewahren ein inkomplexes, stabiles Hämolysin. Die Bildung desselben wird verzögert durch starkes Erwärmen oder Abkühlen, findet aber im Eisschrank gut statt. Hierdurch kann das Bestehen eines hämolytischen Komplements vorgetäuscht werden. Der Ursprung dieses Hämolysins liegt in der Sahne der Frauenmilch. In der Kuhmilch findet es sich nicht.

Diskussion: Söldner (Stuttgart) spricht die Vermutung aus, ob nicht die Einwirkung des Sauerstoffes der Luft beim Schütteln und Stehen der Frauenmilch zur Bildung der hämolytischen Wirkungen führe, und fragt an, ob Schüttelversuche mit indifferenten Gasen gemacht worden seien.

Engel (Düsseldorf): Die Veränderungen Frauenmilch beim Schütteln ist sehr intensiv und bezieht sich namentlich auf das Fett. Durch Schütteln treten Gerinnungserscheinungen und tritt Aziditätserhöhung auf, welche ausbleiben, wenn man vorher durch Zentrifugieren das Fett entfernt.

Bauer (Düsseldorf): Das von Ellenbeck beschriebene inkomplexe Hämolysin der Frauenmilch hat nichts mit der Komplementhämolyse zu tun. Der Befund dieses Hämolysins spricht nicht gegen das Vorhandensein von geringer Menge eines Komplements in der Milch nach Pfaundler-Moro.

Die Kuhmilch besitzt das inkomplexe Hämolysin nicht, im Gegenteil, sie hemmt die Wirkung des Frauenmilchhämolysins.

Der Wert der Untersuchungen des Vortragenden liegt auch darin, daß hier zum ersten Male gezeigt wird, daß beim Stehen der Frauenmilch selbst in der Kälte, nach kurzer Zeit eine Veränderung vor sich geht, daß es also nicht gleichwertig ist, ob man das Kind an der Brust selbst trinken läßt oder ob man ihm abgespritzte Frauenmilch gibt.

Köppe (Gießen): Die Untersuchungsanordnung mit Betonung des Zeitmomentes des Alters der untersuchten Milch und die dabei ermittelten Resultate erscheinen als ein wesentlicher Fortschritt in dieser Frage. Von der Entfernung aus der Drüse an ändert sich die Milch ununterbrochen und nicht nur in bezug auf die Säuerung. Im Verlaufe dieser Veränderungen können hämolytische Faktoren entstehen, die sich nunmehr gegenseitig beeinflussen können und so wiederum Hämolyse fördernd oder hemmend wirken können. Aber nicht nur rein physiologische und chemische hämolytische Faktoren können in der Milch entstehen, sondern auch fermentartige Stoffe. So fällt oft die Peroxydasereaktion in gestandener Frauenmilch positiv aus, während sie in frischer niemals nachweisbar ist. Anderseits nimmt der Gehalt an Katalase mit der Zeit, besonders beim Schütteln, ab.

Noegerath (Berlin) stimmt Bauers Erklärung zu, betont aber, daß man aus den Komplementbefunden weitere Schlüsse nur mit Vorsicht ziehen dürfe.

Ellenbeck sagt in seinem Schlußwort, daß ihm eine Wiederaufnahme der Polemik in der Komplementfrage fern gelegen habe. Der Einfluß von Gasen auf die Bildung der Hämolyse wurde nicht untersucht.

10. **Moro** (Heidelberg): *„Molke und Zelle"*.

Kritik der sogenannten Molkenaustauschversuche von L. F. Meyer unter Vorführung neuer Ernährungsversuche an 7 Säuglingen.

Bericht über Versuche zur Beantwortung der Frage nach dem Einflusse der Molke auf die Darmepithelzelle. Methodik: Vitale Zellfärbung und Zellatmung.

Diskussion: Friedenthal (Nicolassee): Für die Vitalfärbung wäre Methylenblau sehr geeignet. Im übrigen sei das Verhalten der Zelle in fremdartigem Serum nicht exakt mit dem Verhalten der Darmzelle vergleichbar, deren Stäbchensaum mit fremdartigen Mischungen in Berührung kommt.

Bahrdt (Berlin) gibt der Meinung Ausdruck, daß man solche Versuche eigentlich nur mit Magenepithelien vornehmen darf, da in den Darm ja nur bereits veränderte Molke gelangt.

Finkelstein (Berlin) benutzt die Gelegenheit, um auf die Bedeutung der von L. F. Meyer ausgeführten sogenannten Molkenausscheidungsversuche und auf die gegen die Versuche erhobenen Einwände einzugehen. Diese Versuche waren zunächst nur angestellt worden, um die Unschädlichkeit des Kuhmilchkaseins zu erweisen, während die Anschließung jener Versuche, welche die Nachteile der Kuhmilchmolke erweisen sollten, gewissermaßen nur eine Ergänzung bringen sollte. Im übrigen verweist Finkelstein ausdrücklich auf die Ausführungen in seinem Lehrbuche, welche sich auf die Molkenaustauschversuche beziehen und welche bisher zu wenig beachtet worden waren.

Köppe (Gießen) erklärt, daß seine Kritik der Meyerschen Austauschversuche nicht diese gesamten Versuche in Bausch und Bogen angegriffen hätte, sondern nur bestimmte Schlüsse, welche von falschen Voraussetzungen ausgegangen seien.

Langstein (Berlin) macht auf die Arbeit eines italienischen Autors aufmerksam, welcher mit Hilfe von Durchblutungsversuchen dieselbe Frage wie Moro angegangen sei.

11. **E. Benjamin** (München): *„Zur Frage der Schwerverdaulichkeit des Kuhmilchkaseins"*.

Daß die Frauenmilchmolke als Salzlösung im Sinne der Vorstellungen Loebs „reaktionsbeschleunigend" wirkt, ist nicht wahrscheinlich, weil Zusätze von Salzen zur Frauenmilch in grober Annäherung an den Ionengehalt der Kuhmilch das Gedeihen kranker Säuglinge nicht beeinflussen. Aus den Austauschversuchen L. F. Meyers läßt sich aber überhaupt nicht ableiten, daß die Verschiedenheit der Molke vor allem anderen die Ursache für die verschiedene Bekömmlichkeit der Kuh- und Frauenmilch ist. Bei 12 Experimenten (schweren Ernährungsstörungen) ergab sich keine Gesetzmäßigkeit, ja es kam 2 mal bei Frauenmilchmolke — Kuhmilchfettkasein zu toxischen Erscheinungen. Bei dieser Nahrung werden fast stets zähe Klumpen mit dem Stuhle entleert, deren Zusammenhang mit dem Kasein sich durch Variation des zugesetzten Käses (aus roher und gekochter Vollmilch, beziehungsweise aus Magermilch) erweisen ließ. Bei Eiweißmilch kommt es niemals zur Ausscheidung derartiger Gebilde, wenn wir den ihr zugefügten Käse aus roher Milch gewinnen. Wird dagegen ihr Buttermilchanteil durch rohe Magermilch ersetzt, so treten bei vielen Säuglingen Bröckel auf, deren Zahl, Größe und Konsistenz durch nunmehrigen Milchsäurezusatz verringert werden kann. Jene Säuglinge, die bei probeweiser Fütterung mit diesem Gemische große Mengen Kasein ausscheiden, gedeihen scheinbar auch bei Ernährung mit gewöhnlicher Eiweißmilch langsam. Schließlich wird an der Hand eines 70 tägigen Stoffwechselversuches nachgewiesen, daß eine direkte Abhängigkeit des Kotstickstoffes vom Nahrungsstickstoff besteht. Die auf 100 g Trockenkot berechneten Werte steigen, entsprechend der erhöhten Stickstoffzufuhr durch Magermilch, von zirka 3 bis 7 g an.

Diskussion: Finkelstein (Berlin) fragt an, ob von dem Molkengemisch, welches bei den Versuchen verwendet wurde, öfter

Analysen gemacht worden seien, und spricht die Vermutung auf, daß die Ursachen der langsamen Reparation eine mangelnde Kalorienzufuhr gewesen sei. Übrigens würden die Fälle Benjamins erst nach Kenntnis der genauen Krankengeschichten und Kurven einer Diskussion zugänglich sein.

Benjamin (München) beantwortet in seinem Schlußworte die erste Frage Finkelsteins dahin, daß in dem Molkengemisch Fett und Eiweiß des öfteren untersucht worden seien, Salze aber nicht. Bei den Beobachtungen sei auf die Gewichtskurven weniger Wert gelegt worden als auf die klinischen Erscheinungen.

12. **Kleinschmidt** (Marburg): *„Experimentelle Untersuchungen über Sensibilisierung durch Milchfütterung"*.

Darmgesunde, ausgewachsene Meerschweinchen, die zirka 3Wochen mit Kuhmilch gefüttert wurden, bekamen regelmäßig nach intrakardialer Injektion von Kuhmilch Überempfindlichkeitserscheinungen, gewöhnlich schwersten anaphylaktischen Shock mit tödlichem Ausgange. Mit kurz aufgekochter Milch sind die gleichen Resultate zu erhalten. Bei Verwendung von $^1/_4$ Stunde gekochter Milch treten höchstens leichte oder zweifelhafte Erscheinungen ein. An der entstandenen Überempfindlichkeit sind sowohl Kasein wie Albumin beteiligt, wie durch Injektion dieser Eiweißkörper nach Milch, beziehungsweise Molkenfütterung bewiesen wurde. Antianaphylaxie durch Milchfütterung nach subkutaner Sensibilisierung zu erzeugen, gelang nicht.

Diskussion: Bahrdt (Berlin). Die Sensibilisierung durch den Darm, so interessant sie ist, darf nicht zu Schlüssen in der Pathogenese der Kuhmilchidiosynkrasie führen. Erst müßte gelingen, per os gegen eine Zufuhr per os zu sensibilisieren.

Lust (Heidelberg) sieht das Auffallendste an den Untersuchungsergebnissen des Vortragenden darin, daß der anaphylaktische Zustand bei sich gut entwickelnden Tieren, also bei intakter Darmwand, sich erzielen lasse. Ihm selbst sei es beim Kaninchen, das ja viel empfindlicher auf das Eindringen von artfremdem Eiweiß reagiere, nicht gelungen, den Übergang von artfremdem Eiweiß ins Blut nachzuweisen, solange nicht eine starke Darmschädigung vorangegangen war. Ebenso sei die Sensibilisierung eines Hundes von Krasnogorsky nur bei Darmschädigungen erreicht worden.

Bauer (Düsseldorf) ist es nicht gelungen, Meerschweinchen durch Verfüttern von Kuhmilch gegen diese zu anaphylaktisieren. Allerdings waren diese Tiere gesund geblieben.

Des weiteren weist Bauer auf die Arbeiten von Heuner (Arch. f. Kinderheilk.), Besredka und seine eigenen Untersuchungen (Zentralbl. f. Bakteriol., 1912) hin.

Langstein (Berlin) hebt hervor, daß die Versuchstiere, an denen Kassowitz arbeitete, nicht nur dyspeptisch waren, sondern an einer hochgradigen Enteritis litten, die durch Podophyllin hervorgerufen war.

Noegerath (Berlin) spricht die Vermutung aus, daß die Differenz zwischen Kleinschmidts und Lusts Ergebnissen vielleicht lediglich auf die Verschiedenheit der verwendeten Versuchstiere zurückzuführen sei.

Kleinschmidt (Marburg) antwortet in seinem Schlußworte Bahrdt, daß er, wie bereits in seinemVortrage erwähnt, die Absicht habe, zu untersuchen, wie weit durch Verabreichung von Milch per os die Auslösung von Überempfindlichkeitserscheinungen möglich ist, Bauer gegenüber verweist er auf seine Arbeit in der Monatsschrift für Kinderheilkunde, in welcher er mitgeteilt habe, daß Albumininjektion Antianaphylaxie für Kasein bewirke.

Und was schließlich die Verschiedenheit der Versuchstiere anbelangt, so hat Uffenheimer für den Darm gerade des neugeborenen Meerschweinchens keine Durchlässigkeit für Kasein gefunden. Er bediente sich aber der Präzipitinreaktion und eines nicht hochwertigen Serums.

(Der Vortrag wird später in der Monatsschrift für Kinderheilkunde erscheinen.)

13. **C. T. Noegerath** (Berlin): *„Einfluß der Zubereitung auf die Verlabbarkeit von Säuglingsmilchen"*.

Noegerath verglich die Verlabungszeiten roher, pasteurisierter und gekochter Vollmilchen sowie ihrer Verdünnungen mit Wasser, Schleimen und Zuckerarten untereinander. Die Zerealienschleime (Reis, Weizen, Hafer) sowie Soxhlets Nährzucker, Rademanns und Kufeckes Mehl wirkten stark, Theinhardts Infantina weniger und Nestles Mehl kaum beschleunigend auf die Verlabung. Letzteres hemmte gelegentlich ebenso wie manchmal Malzzucker und wie regelmäßig Rohr- und Milchzucker. Erhöhte Konzentration der Schleime und Zucker beschleunigt die Verlabung. Hierzu kommt die verlangsamende Wirkung steigender Erhitzung sowie des Zusatzes von Wasser. In den verschiedenen trinkfertigen Schleimzucker-Milchmischungen addieren sich die Einflüsse gleichsinnig wirkender Zusätze, während bei deutlich entgegengesetzt wirkenden Bestandteilen das stärkere die Verlabungsgeschwindigkeit beeinflußt. Erhitzen und Verdünnen und im erhöhten Maße Schleimzusatz lassen den Käse lockerer werden, während die Zucker mit Ausnahme des verhärtenden Soxhletschen Nährzuckers hierfür bedeutungslos sind. Jedenfalls verwandeln sich, zum mindesten beim jungen Säugling, die in praxi verwendeten Milchmischungen nicht zu abschmelzenden Klumpen, sondern in durchgemischte Breie.

Diskussion: Tobler (Breslau): Wenn der Labungsprozeß für die Milchverdauung im Magen die Bedeutung hat, die man ihm beimessen muß, so ist das Ergebnis, daß die verschiedenen Zubereitungsweisen der Säuglingsnahrung den Labungsprozeß nur um ein geringes modifizieren und zeitlich verschieben, geeignet, den Wirkungsbereich meiner hauptsächlich mit roher Vollmilch angestellten Versuche zu erweitern.

Um so mehr muß ich gegen den Schlußsatz des Vortragenden Stellung nehmen. Die Annahme, als wär ein derbes oder festes Käsegerinnsel die Voraussetzung der von mir beobachteten Vorgänge der Magenverdauung, ist irrtümlich; sind doch die motorischen Kräfte, die im Magenfundus- und -körper angreifen, wo die Hauptmasse der eingeführten Milch ruht, so gering, daß sie selbst das fast flüssige weiche Frauenmilchgerinnsel bis zu einem hohen Grade schonen. Um so mehr gehen die seichten peristaltischen Wellen dieser Region an den halbfesten gallertartigen Massen entlang, welche Milchverdünnungen und -mischungen liefern, ohne im Innern räumliche Verschiebungen zu veranlassen. Es muß ausdrücklich hingewiesen werden, daß die Unterscheidung der sauren Randschicht von einem wenig angesäuerten Zentrum auch da gesehen werden kann, wo die Kohärenz der Masse nur eine mäßig feste ist und daß durchaus nicht die harten Gerinnsel, wie sie Magermilch oder rohe Vollmilch ergeben, für diesen Mechanismus erforderlich sind.

Salge (Freiburg) hält es nicht für gerechtfertigt, so bestimmt, wie es Tobler tut, zu behaupten, daß auch bei Frauenmilchfütterung im Magen des Säuglings keine Durchmischung stattfinde. Nach eigenen Untersuchungen an 3- und an 7 monatigen Säuglingen glaubt Salge annehmen zu dürfen, daß eine solche Durchmischung tatsächlich stattfindet.

Engel (Düsseldorf) berichtet über Versuche betreffend Magenverdauung der Milch bei Duodenalfistelhunden, welche er mit Noth-

mann ausgeführt hat. Es hat sich gezeigt, daß gegen Schluß der Verdauung Kaseingerinnsel in das Duodenum übertreten. Durch schlechte Verarbeitung dieser Gerinnsel ist wohl wahrscheinlich das Auftreten der Kaseingerinnsel im Stuhle zu erklären.

Bahrdt (Berlin) konnte diesen von Engel beobachteten Austritt breiiger Kaseinmassen am Schlusse der Verdauung bei Einhaltung der Toblerschen Methodik (Unterhaltung des Pylorusschlusses durch Injektion von Chymus in die Fistel) nicht beobachten.

Engel (Düsseldorf) erklärt demgegenüber, daß er nicht an Hunden gearbeitet habe, deren Fistel offen stand; die Fistel war geschlossen und nur von Zeit zu Zeit wurden Proben des Duodenalinhaltes entnommen. Diese Methodik erscheint ihm physiologischer als die Toblersche.

Noegerath (Berlin) (Schlußwort): Toblers Versuche sind wesentlich mit Vollmilch gewonnen, sind also für den Mageninhalt bei Fütterung mit Milchmischung nicht ohne weiteres heranzuziehen.

Die Reagenzglasversuche sollen natürlich nur mit größter Vorsicht auf die Verhältnisse beim Säugling bezogen werden. Trotzdem reicht der Reagenzglasversuch sicher aus, um die Beeinflussung der Verlabungszeit durch Milchszusätze usw. zu demonstrieren.

Tobler beobachtete gefrorene Mägen. Eine Lösung und Aufschwemmung so vieler Substanzen, wie sie eine Milchmischung im Magen darstellt, muß sich beim Einfrieren so ändern, daß man kaum ein Recht hat, auf den Zustand im lebenden Magen bei zirka 40° einen Schluß zu ziehen. Das fällt bei den Reagenzglasversuchen fort. Die Frage der Durchmischung des Mageninhaltes hat ja neben ihrer Bedeutung für die Physiologie noch eine solche für die Diagnostik. Handelt es sich um eine Durchmischung, dann gibt uns eine ausgeheberte Probe wirklich Aufschluß über Gehalt an Fermenten, Salzen, Säuren usw. Ist Toblers Auffassung richtig, dann lieferten unsere ganzen bisherigen Methoden falsche Werte. Salges Mitteilung spricht ganz offenbar für meine Auffassung.

14. **Hans Aron** (Breslau): „*Weitere Untersuchungen über die Beeinflussung des Wachstums durch die Ernährung*".

In Fortsetzung älterer Untersuchungen an Hunden wurden die Wirkungen einer zeitweisen Unterernährung (Beschränkung der Nahrungszufuhr) bei wachsenden Ratten studiert. Trotz Gewichtsstillstandes schreitet auch hier das Knochenwachstum und damit das Längenwachstum im Anfange deutlich fort, wie sich auf Photographien und Röntgenbildern zeigen läßt. Die chemische Analyse ergibt selbst bei Gewichtsabnahme eine Vermehrung des absoluten Mineralstoffbestandes und bei Gewichtsstillstand kann der Aschegehalt bis auf das Zweieinhalbfache zunehmen.

Selbst nach sehr intensiver Beschränkung der Nahrungszufuhr, durch die die Tiere an Gewicht und Größe weit hinter ihren normalen Brudertieren zurückbleiben, verfügen die Tiere, wenn sich die Hemmung des Wachstums nicht über die ganze Jugendzeit erstreckt, noch über eine lebhafte Wachstumsfähigkeit und sind imstande, die Folgen der erlittenen Wachstumsbeschränkung anscheinend restlos auszugleichen. Nur wenn die Nahrungsbeschränkung und die dadurch hervorgerufene Wachstumshemmung über die ganze Jugendzeit andauert, dürfte, nach einem früheren Hundeversuch zu urteilen, die Wachstumsfähigkeit erlöschen.

Diskussion: Schloßmann (Düsseldorf) weist auf die völlige Analogie der Tierexperimente mit den klinischen Beobachtungen an atrophischen Kindern hin, bei denen die spätere Entwicklung in vielen Fällen sich ganz normal abspielt, wenn die richtige Nahrung in ausreichender Menge gegeben wird.

Tobler (Breslau) erklärt zur Begründung der Tierversuche, daß die Ergebnisse der Klinik sich nie auf so unkomplizierte Verhältnisse stützen können, wie das Tierexperiment. Von besonderem Interesse ist praktisch die von Aron berührte Frage der Möglichkeit eines Nachwachstums. Tobler erzählt eine ganz extreme eigene Beobachtung: Ein bei der Geburt 4½ kg schweres Kind erkrankt beim Abstillen im 7. Lebensmonat an akuter Dyspepsie und dann anschließend an schwerer chronischer Ernährungsstörung, welche bis ins 2. Lebensjahr hinein wiederholt rezidivierte. Diese Wachstumsstörung hat sich bei dem Kinde als irreparabel erwiesen; denn selbst nach vollständigem Verschwinden der Magendarmerscheinungen zeigt das Kind jetzt im Alter von 8 Jahren eine Körperlänge von 89 cm und ein Körpergewicht von 10·5 kg.

Freund (Breslau) fragt an, ob Aron als Vergleichstiere nur solche herangezogen habe, die gleichaltrig waren, oder auch solche, welche während der Zeit des Gewichtsstillstandes der Versuchstiere im Gegenteil normal weiter gefüttert wurden und normal weiter gewachsen sind.

Köppe (Gießen): Die klinischen Beobachtungen decken sich vielfach mit den berichteten Tierversuchen.

Risel (Leipzig) gibt der Vermutung Raum, daß es sich im Toblerschen Falle um einen sogenannten intestinalen Infantilismus gehandelt habe. Im allgemeinen sei die Reparationsfähigkeit kranker Säuglinge offenbar sehr groß.

Lust (Heidelberg): Auch schwerste Atrophiker bleiben in ihrem Längenwachstum kaum hinter normalgewichtigen Kindern zurück. Anders verhalten sich diejenigen Kinder, welche nach dem 1. Lebensjahre eine schwere Verdauungsstörung akquirieren. Diese ruft meist eine schwere Beeinträchtigung des Längenwachstums hervor.

Langstein (Berlin) vermißt in der bisherigen Diskussion eine strikte Trennung der Frage, ob eine Wachstumshemmung durch Unterernährung oder eine solche durch Krankheit vorliege. In beiden Fällen ist die Reparationsfähigkeit höchst wahrscheinlich eine ganz verschiedene.

Aron (Breslau) hebt in seinem Schlußworte noch einmal hervor, daß wir bei klinischen Beobachtungen im Gegensatze zu Tierexperimenten selten in der Lage sind, mit Sicherheit festzustellen, ob ein gewisser Zustand allein durch die Ernährungsbedingungen oder auch durch die Konstitution hervorgerufen ist.

15. **Erich Aschenheim** (Heidelberg): *„Beitrag zum Fett-, Kalk- und Stickstoffwechsel des Säuglings"*.

1. Bei Verabreichung einer fettfreien und kalkarmen Nahrung kommt es nicht zur festen Stuhlbildung.

2. Bei Darreichung fettfreier Kost findet sich stets etwas Fett im Kot, das demnach in den Darm ausgeschieden sein muß. Die absoluten Mengen sind so gering, daß sie bei Berechnung der Fettausnutzung bei fettreicher Kost wohl vernachlässigt werden können.

3. Dagegen ergibt eine prozentuale Berechnung, daß ein nicht unerheblicher Teil des Trockenkotes bei fettfreier Kost vom Darmfett gebildet werden kann.

4. Der Kalkstoffwechsel steht stets im engsten Zusammenhang mit dem Fettstoffwechsel.

Dies zeigt sich bei allen Kindern in der Beeinflussung der Kalkausscheidungswege: bei fetthaltiger Kost geht die Harnkalkmenge zugunsten der Kotkalkmenge zurück, während bei fettfreier Kost das umgekehrte Verhalten Platz greift. Beim gesunden Kinde wird durch diese Korrelation der Ausscheidungswege eine Verschlechterung der Kalkbilanz meist verhindert, während beim kranken oder re-

konvaleszenten Kinde die Vermehrung der Kotkalkmenge bei vermehrter Fettzufuhr so groß sein kann, daß es zu einer deutlich verschlechterten respektive negativen Kalkbilanz kommen kann.

5. Der Stickstoffnutzungswert wurde in zwei untersuchten Fällen durch eine Fettzulage sehr gebessert.

Diskussion: Tobler (Breslau) weist auf seine früheren Untersuchungen über Phosphaturie und Kalkariurie hin, bei denen ähnliche Verschiebungen in den Ausscheidungswegen des Kalkes vorkommen, und erinnert ferner an die Arbeit von Moll, welcher den Einfluß des Fettes therapeutisch benutzt hat, um die vermehrte Harnkalkmenge nach dem Darme abzulenken.

Freund (Breslau) fragt nach der Dauer der Versuche.

Bahrdt (Berlin) hat gleichfalls bereits früher die Vermutung ausgesprochen, daß man in der durch Fettzufuhr hervorgerufenen erhöhten Kalkausscheidung in den Darm einen Schutzmechanismus zu sehen hat. Interessant sei ferner, daß nach Untersuchungen von Chiari dem Kalkgehalte der Darmwand möglicherweise eine erregungsherabsetzende, also schützende Rolle auch bei der Peristaltik zukommt.

Aschenheim (Heidelberg) sagt in seinem Schlußworte, daß die Kalkariurie eine Stoffwechselstörung darstellt und infolgedessen mit seinen physiologischen Versuchen nicht vergleichbar sei. Diese selbst seien übrigens 3tägige Stoffwechselversuche gewesen, denen eine mehrtägige vorbereitende Zeit bei gleicher Ernährung voranging. Die von Bahrdt berührte Frage, warum der Kalk in den Darm ausgeschieden werde, sei bisher von niemandem beantwortet.

Dritte Sitzung am Dienstag, den 17. September, nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: **Czerny** (Straßburg).
Schriftführer: **Brüning** (Rostock).

16. **Kassowitz** und **Langstein** (Berlin): *„Gemüsekost im Säuglingsalter"*.

Langstein berichtet über Erfahrungen, die im Kaiserin Auguste-Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche bei Verabreichung von nach dem Verfahren Friedenthals dargestellten Gemüsepulvern, insbesondere Spinat und Karotten, gemacht wurden. Schon die Untersuchung der Stühle jener Kinder, welche mit diesem Gemüsepulver ernährt wurden, ließ den Schluß zu, daß die Ausnutzung eine ungleich bessere ist als die der nach der üblichen Art zubereiteten Gemüse. Vom klinischen Standpunkt aus ist zu bemerken, daß es möglich ist, Kindern schon im 5. bis 6. Monat Gemüsepulver in Milch und Milchmischungen zu verabreichen; auch große Mengen werden ohne Schaden vertragen. Bei der oft bestehenden Notwendigkeit, Säuglingen vom 6. Monat an Salz in genügender Menge für den Gewebeausbau zuzuführen, ist diese Tatsache von nicht geringer Bedeutung. Den stringenten Beweis einer guten Ausnutzung gaben 4 Stoffwechselversuche, die von Kassowitz unternommen wurden, in denen sich zeigte, daß sowohl Stickstoff als auch Asche dieser Gemüsepulver vom Säuglinge verwertet werden kann. Es scheint, daß diese Methode nicht nur bei der Ernährung des gesunden Säuglings, sondern auch bei der des kranken Vorteil hat. Jedenfalls verdient die Methode eine Erprobung im großen Stil.

Diskussion: Schloßmann (Düsseldorf) weist darauf hin, daß die Ernährung mit grünem Gemüse von keinem andern als von Lahmann zuerst eingeführt worden ist. Die natürlichen Gemüse haben den Vorteil, daß auch große Mengen von ihnen nur

wenig Nährstoff enthalten: die Mutter glaubt ihr Kind stark zu füttern und doch erhält dasselbe nur wenig Nahrung.

Friedenthal (Nicolassee): Gemüsepulver stellen eine sehr konzentrierte Nahrung dar, doch ist ihre Reizlosigkeit bei Kindern, auch bei kranken, hervorzuheben. Die Darreichung grüner Pflanzenteile steht im gewissen Gegensatz zu der Darreichung mehlhaltiger Pflanzenteile, die ersteren nur enthalten größere Mengen von Protoplasma, die letzteren nicht. Zellulose erregt keine Peristaltik, wenn die Teilchen genügend fein sind. Deshalb dürften die bei Erwachsenen erzielten und bereits veröffentlichten Resultate sich auch beim Kinde bestätigen.

17. **E. Benjamin** und **H. Drey** (München): *„Stickstoffansatz und Wachstum bei einem Säugling"*. Vorgetragen von Herrn **Benjamin.**

Ausgangspunkt der Untersuchung ist der Versuch, eine „Wachstumskurve" des Säuglings zu gewinnen. In einem 70tägigen Stoffwechselexperiment (unter Anwendung einer neuen Vorrichtung zum Auffangen des Stuhles) wird die Kurve des Stickstoffansatzes der Gewichtskurve an die Seite gestellt. Das schwer ernährungsgestörte Kind wird zuerst mit Frauenmilch, dann im allaitement mixte mit Magermilch (und Nährzucker) ernährt und akquiriert zum Schlusse bei ausschließlich künstlicher Nahrung (Magermilch mit Nährzucker) eine Dyspepsie. Die Stickstoffkurve verläuft, völlig unabhängig von Perioden der Körpergewichtszunahme und langdauernden Gewichtsstillständen, 70 Tage hindurch ununterbrochen ansteigend.

Je größere Stickstoffmengen mit der Nahrung gereicht werden, um so steiler ist ihr Anstieg. Im ganzen werden während der Versuchsdauer 70 g Stickstoff angesetzt. Wenn die Verluste an Schweiß schätzungsweise mit 16 g veranschlagt werden, so ergibt das einen berechneten Fleischansatz von 1652 g. Die Gewichtszunahme beträgt aber nur 820 g. Unberücksichtigt bleibt dabei der Fettansatz, der die Differenz zwischen beobachteter und berechneter Gewichtszunahme noch viel beträchtlicher machen würde.

Es ist anzunehmen, daß, besonders während der Magermilchernährung, der Organismus eine durch Wasserabgabe bedingte Konzentrationsänderung durchmachte (während der ausschließlichen Brusternährung stimmt berechnete und beobachtete Gewichtszunahme gut überein), außerdem kommt eine Ablagerung von Stickstoff in Form von Reserveeiweiß- oder Fleischextrativstickstoff in Frage.

Diskussion: Niemann (Berlin) weist darauf hin, daß es sich bei dem Versuchskinde nicht um ein normales, sondern um ein Kind im Reparationsstadium handelt. Wie die Differenz zwischen der Stickstoffretention und dem daraus berechneten Eiweißansatz einerseits und der tatsächlich erfolgten Gewichtszunahme anderseits zu erklären ist, darüber werden erst Respirationsstoffwechselversuche Aufklärung bringen, insbesondere auch über die Frage, bis zu welchem Grade der Wasserhaushalt an diesem Ergebnisse beteiligt ist.

Auch Aron (Breslau) erkennt die Wichtigkeit des Versuches an, hält aber weitere Versuche an gesunden Kindern für notwendig.

Derartige Versuche kündigt Benjamin in seinem Schlußworte an.

18. **Heß** (New York): *„Der Gebrauch eines einfachen Duodenalkatheters in der Klinik und im Experiment"*.

Der Vortragende demonstriert seinen Apparat, den er innerhalb der letzten zwei Jahre erprobt und ständig vervollkommnet hat. An der Hand von Röntgenogrammen, Zeichnungen und Photographien demonstriert er die Anwendungsweise des Katheters, welche in jedem einzelnen Falle ohne Schwierigkeit möglich ist. Für die Therapie ver-

schiedener Magendarmerkrankungen (insbesondere Pylorusstenose) sowie für die Ausführung wissenschaftlicher Untersuchungen über die Magendarmfunktionen eröffnet die neue Methodik mannigfache Perspektiven.

Diskussion: Langstein (Berlin) und Finkelstein (Berlin) bestätigen den praktischen und wissenschaftlichen Wert der neuen Methode.

Selter (Solingen) erinnert an die Versuche von Scheltema (Groningen), welcher vor einigen Jahren gleichfalls in erfolgreicher Weise den Dünndarmkatheterismus ausgeführt hat. Doch ließ dieser das Katheterende im Magen liegen, das nunmehr von der Peristaltik in das Duodenum vorgeschoben wurde. In einzelnen Fällen wurde das Katheter per anum entleert.

Czerny (Straßburg) berichtet über seine eigenen Erfahrungen mit der Scheltemaschen Methode, die sich ihm als leicht durchführbar erwiesen hat.

Heß betont im Schlußworte, daß es sich bei seiner Methode im Gegensatze zu der von Scheltema um eine aktive Einführung der Sonde in das Duodenum handle.

19. **F. Lust** (Heidelberg): *„Funktionsprüfungen des Magendarmkanals ernährungsgestörter Säuglinge"*.

Während man sich bisher bei Vornahme einer Funktionsprüfung des Magendarmkanals in erster Linie damit beschäftigt hat, seine chemische Leistungsfähigkeit, die Tätigkeit seiner Verdauungsdrüsen, einer Prüfung zu unterziehen, hat Verf. auch der Funktion der mehr im physikalischen Sinne wirksamen Kräfte seine Aufmerksamkeit gewidmet. In Gestalt des Hühnereiweißes vornehmlich ist uns ein äußerst feines Reagens in die Hand gegeben zur Beurteilung der Funktionstüchtigkeit der Darmwandung als Barriere gegenüber artfremdem Eiweiß, ein Reagens, das wegen seiner Eigenschaft, nach dem Eindringen in die Blutbahn sofort durch den Urin ausgeschieden zu werden, sich zur Vornahme von Permeabilitätsstudien als besonders geeignet erwiesen hat. Es hat sich aus den Untersuchungen des Verf. an nahezu 100 Säuglingen nun ergeben, daß der gesunde Darm gegenüber einer relativ großen Menge von Hühnereiweiß vollkommen resistent ist. Mit dem Eintritte einer Ernährungsstörung macht sich aber eine Änderung im Zustande der Permeabilität des Darmes geltend, in dem Sinne, daß nunmehr genuines Hühnereiweiß die Darmwandung passiert und mit Hilfe biologischer Methoden (Präzipitations- und Anaphylaxieprüfung) im Urin nachweisbar wird. Besonders unter dem Einflusse schwerer akuter Ernährungsstörungen (alimentärer Intoxikation usw.) wird die Permeabilität des Darmes derart stark erhöht, daß nunmehr schon wesentlich kleinere Mengen von Hühnereiweiß imstande sind, die Darmbarriere zu durchbrechen und im Urin zu erscheinen.

Die Verhältnisse bei chronischen Ernährungsstörungen zeigen nur graduelle, keine prinzipiellen Unterschiede. Auch hier erweist sich die Darmmembran für Hühnereiweiß stärker durchlässig als in normalem Zustande. Anderseits aber bedarf es größerer Mengen von Hühnereiweiß als bei den akuten Störungen, damit eine Resorption im genuinen Zustande eintritt.

Andere artfremde Eiweißkörper eignen sich zur Vornahme einer derartigen Toleranzprobe wesentlich weniger, da sie einerseits eine geringere Belastung des Darmes sind, anderseits dem Nachweise größere Schwierigkeiten bieten. Immerhin gelang es in vereinzelten Fällen bei ernährungsgestörten Säuglingen sowohl als bei künstlich dyspeptisch gemachten Kaninchen-, Rinder- und Pferdeeiweiß unter gewissen Bedingungen nachzuweisen.

Diskussion: Kleinschmidt (Marburg): Nur in dem Falle ist die Prüfung mit Rinderserum angebracht, wenn Rinderserum

verfüttert wurde. Ist Kuhmilch gegeben worden, dann kann die Prüfung mit Rinderserum negativ ausfallen, obwohl ein Übergang stattfand. Denn das Kasein nimmt gegenüber den anderen Eiweißkörpern der gleichen Art eine Sonderstellung ein. Man muß also mit Milch selbst prüfen.

Kleinschmidt berichtet über einige eigene Untersuchungen betreffend den Artcharakter des Harneiweißes bei Pyelitis und Nephritis von Kindern: Unter 8 Fällen war einmal Rindereiweiß nachweisbar, und zwar handelte es sich da um einen 8 Monate alten Säugling mit schwerster Nephritis, bei dem Störungen der Darmfunktionen nicht unwahrscheinlich waren.

Köppe (Gießen) erinnert an die aus den Achtzigerjahren stammenden Versuche von Levin mit Hühnereiweißverfütterung an Erwachsene; es trat dabei Eiweiß im Urin der gesunden Versuchspersonen auf, wenn mit dem Eiweiß gleichzeitig Kochsalz gegeben wurde, dagegen nicht, wenn dies weggelassen wurde.

Lust (Schlußwort): Die Prüfung auf Kuhmilch mit Laktoserum statt mit Rinderserum vorzunehmen, ist zweifellos richtig. Die Schwierigkeit besteht aber darin, daß das Laktoserum kaum über einen Titer von 1 : 1000 zu bringen ist, während Lusts Rinderantisera einen Titre von über 1 : 100.000 besaßen. Lust ist deshalb dazu übergegangen, statt Kuhmilch reines Rindereiweiß zu verfüttern.

Die bei ernährungsgestörten Säuglingen meist vorhandene Albuminurie wurde in einer Reihe von Fällen erst zu der Zeit stärker, zu der Hühnereiweiß nach der biologischen Methode schon nicht mehr nachweisbar war, so daß man annehmen muß, daß die Passage des Hühnereiweißes erst zu einer Schädigung der Niere und dadurch erst zu vermehrter Ausscheidung von menschlichem Eiweiß geführt hat.

20. **A. v. Reuß** (Wien): *„Zur Frage der Albuminurie der Neugeborenen"*.

Gemeinsam mit M. Zarfl ausgeführte Untersuchungen an 500 Harnportionen von Brustkindern der ersten 5 Lebenswochen führten zu folgendem Ergebnisse:

1. Fast alle Kinder scheiden während der ersten Lebenstage geringe Mengen von Eiweiß aus. Das Maximum der Ausscheidung bezüglich Häufigkeit und Intensität fällt auf den 1. bis 3. Tag. Eiweißspuren findet man bis in die 2. Woche recht häufig und auch später, in der 2. Hälfte des 1. Monats, kann man im Harn von Brustkindern solche nicht selten nachweisen.

2. Bei Anstellung der Essigsäureferrozyankaliumprobe kommt fast stets die gesamte im Harn vorhandene Eiweißmenge durch die Essigsäure zur Fällung, was auf die Anwesenheit von relativ reichlichen Mengen von eiweißfällenden Substanzen (Örner) zurückzuführen sein dürfte. Letztere sind in der Regel in überschüssiger Menge vorhanden.

3. Die Art der Eiweißausscheidung, die mit der orthotischen Albuminurie gewisse Ähnlichkeiten aufweist (H. Pollitzer), sowie die zeitlichen Verhältnisse der Ausscheidung lassen die Annahme berechtigt erscheinen, daß die Ursache der Albuminurie der Neugeborenen in Zirkulationsstörungen gelegen ist, und zwar insbesondere in den beim Geburtsvorgang eintretenden Stauungserscheinungen. Andere Faktoren, wie Infektion, Toxinwirkung, Harnsäureinfarkt und besonders der in den ersten Lebenstagen eintretende Wasserverlust und die daraus resultierende mangelhafte Durchblutung und Durchspülung der Nieren können die Dauer und Intensität der Eiweißausscheidung beeinflussen, sind aber nicht als ihre primären Ursachen aufzufassen.

Diskussion: Abelmann (St. Petersburg) fragt an, welche Formelemente im Urin gefunden wurden: er selbst habe im Sediment weiße und rote Blutkörperchen, zuweilen hyaline Zylinder gefunden.

Siegert (Cöln): Der Nachweis der Chondroitinschwefelsäure und der Taurocholsäure nach Pollitzer durch Serumzusatz zum Harn erlaubt es, auch bei bettlägerigen Kindern eine orthotische Albuminurie wahrscheinlich zu machen, die sonst erst beim Verlassen des Bettes in Erscheinung treten würde.

v. Reuß (Schlußwort): Die Hauptmenge des Sediments wird aus zellulären Elementen, Leukozyten, Epithelien, roten Blutkörperchen gebildet. Zylinder sind stets spärlich, lassen sich aber zuweilen nachweisen.

Bezüglich des Vorkommens der Chondroitinschwefelsäure bei orthotischer Albuminurie konnte schon Pollitzer darauf hinweisen, daß auch die eiweißfreien Portionen die Chondroitinreaktion geben.

21. **Rohmer** (Köln): *„Über Magenerweiterung bei Pylorusstenose"*.

Während Magenerweiterung zu Beginn der Pylorusstenose des Säuglings, solange alle Nahrung erbrochen wird, nicht vorzukommen scheint, dürfte sie in den späteren Stadien nicht so selten sein, als nach den spärlichen Mitteilungen hierüber anzunehmen wäre. Zwei eigene derartige Beobachtungen, von denen der eine Fall zur Sektion kam, gestatten die Annahme, daß die mit dem Nachlassen des Erbrechens einhergehende Stagnation und Zersetzung der eingeführten Nahrung für die Ausbildung der Dilatation ursächlich in Betracht kommt. Therapeutisch sind hier Magenspülungen von vorzüglicher Wirkung. In dem Falle, welcher zur Heilung kam, bildete sich der Magen wieder zu normalem Umfange zurück; seine motorische Funktion erwies sich schon vorher wieder als normal.

Diskussion: Göppert (Göttingen) fragt an, wie weit die Magenspülungen ätiologisch für die Chymuszersetzung in Betracht kommen könnten. Bei starken Ektasien muß auch an die Stenose mit Aplasie des Pylorusmuskels gedacht werden.

Rohmer (Schlußwort) bemerkt, daß in dem ersten Falle die Magenspülung erst nach festgestellter Ektasie vorgenommen wurde, so daß eine Beziehung derselben zur Erweiterung hier sicher nicht in Frage kommt. Die Maße des Pyloruskanals entsprechen der von Pfaundler für Hypertrophie des Pylorus geforderten Größe.

22. **H. Risel** (Leipzig): *„Verbreitung der Sommer-Säuglingssterblichkeit in Deutschland"*.

Aus den Sterblichkeitsaufstellungen der Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes wurde für 343 deutsche Orte mit mehr als 15.000 Einwohnern und 57 Städten des Auslandes die Zahl der pro Monat verstorbenen Säuglinge ausgezogen und die Sommersterblichkeit so berechnet, daß sie für Deutschland der Quotient ist zwischen den Sterblichkeitszahlen des Monats Mai und des August. Danach haben unter diesen deutschen Orten während der heißen Jahre 1904 und 1911 nur 16·4% keine oder nur eine geringe Spätsommersterblichkeit, in 56·1% beträgt sie das 2- bis 4fache und in 27·4% geht sie über das 4fache des Mai hinaus. Im hohen Gegensatz hierzu sind die entsprechenden Zahlen des Auslandes 66·5, 31·6 und 1·8%. In Deutschland tritt die Sommersterblichkeit am stärksten auf in Mitteldeutschland westlich der Elbe bis zur Westgrenze, besonders im Rheinlande und Westfalen, im Auslande im Nordfrankreich, Belgien, Holland und England. Im ganzen übrigen Europa ist sie nur wenig zu beobachten, während bei uns nur Bayern und Schlesien von ihr in größeren Teilen verschont bleiben. Zwischen der allgemeinen

Jahres-Säuglingssterblichkeit und der des Sommers besteht daher bei uns ein gegensätzliches Verhalten. Rheinland und Westfalen haben geringe Jahres-, aber große Sommermortalität, Schlesien und Bayern zeigen das umgekehrte Verhalten (Crefeld 8·9 : 12·1, Augsburg 2·1 : 20·5). Von der Größe der Stadt ist die erhöhte Sterblichkeit des August nicht absolut abhängig. Das zeigen unsere und die ausländischen Großstädte. München, Leipzig, Breslau folgen sich etwa nach der Zahl ihrer Einwohner, die Höhe ihrer Sommermortalität ist aber 1·6, 4·6 und 2·2. Auch bei dem Versuche, die verschiedene Höhe der Sterblichkeit mit dem Klima in Beziehungen zu bringen, ergeben sich Schwierigkeiten. Schon Bayern und Schlesien zeigen hierin nichts Gemeines. England mit seinem gleichmäßigen maritimen Klima zeigt deutliche Sommergipfel, in Budapest, Bukarest, Moskau bleiben sie bei einem rein kontinentalen Klima aus. Enger scheinen die Beziehungen zur Bevölkerungsdichte und zum Kulturstande zu sein, der die breiten Massen am meisten von einer naturgemäßen Lebensweise entfernt. Ein absolutes Abhängigkeitsverhältnis besteht aber auch in dieser Beziehung nicht.

(Der Vortrag erscheint in der Monatsschrift für Kinderheilkunde.)

23. **Erich Aschenheim:** „*Eosinophilie und exsudative Diathese*".

I. Die Eosinophilie findet sich beim floriden Ekzem häufiger als bei anderen Manifestationen der exsudativen Diathese.

II. Die Eosinophilie verschwindet mit dem Abklingen der Hauterscheinungen.

III. Da aber von einem gleichwertigen Symptom der exsudativen Diathese die Annahme berechtigt erscheint, daß es 1. bei den verschiedenen Manifestationen dieser Konstitutionsanomalie ungefähr gleich häufig anzutreffen ist, 2. daß es bei Verschwinden eines Symptoms dieser Konstitutionsanomalie nicht auch verschwindet, so ist die Eosinophilie nicht als gleichwertiges Symptom der exsudativen Diathese zu betrachten.

IV. Dagegen spricht auch, daß es nicht gelungen ist, ein familiäres Auftreten der Eosinophilie in solchen Fällen nachzuweisen, in denen mehrere Fälle von exsudativer Diathese vorgekommen sind.

V. Es gibt gesunde Menschen mit Eosinophilie, bei denen niemals Manifestationen der exsudativen Diathese beobachtet worden sind.

(Der Vortrag erscheint in der Monatsschrift für Kinderheilkunde.)

Diskussion: Die Ausführungen des Vortragenden werden von Benjamin (München), Schelble (Bremen), Bahrdt (Berlin) und zuletzt von Czerny (Straßburg) bestätigt.

Vierte Sitzung am Mittwoch, den 18. September, vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender: **Finkelstein** (Berlin).
Schriftführer: **Brüning** (Rostock).

24. **C. v. Pirquet** (Wien): „*Die Boxstation der neuen Wiener Kinderklinik*".

Die Isolierstation der neuen Wiener Kinderklinik (Boxstation) besteht im wesentlichen aus zwei Reihen von je sechs einbettigen Glaskammern, die außen durch Korridore verbunden sind, auf welchen der Verkehr der Ärzte und Pflegerinnen mit den Kranken erfolgt. Zwischen beiden Reihen befindet sich ein neutraler Mittelgang, der von den infektiösen Räumen durch komplette Glaswand vollkommen abgeschlossen ist und daher von den Verwandten und Studenten betreten werden kann.

Diese Isolierstation hat sich sehr gut für folgende Gruppen von Kranken bewährt:

1. Zur Aufnahme und Beobachtung unklarer Initialstadien sowie anderer infektionsverdächtiger Kinder;

2. zur Transferierung von infektionsverdächtigen Kindern des Spitals selbst;

3. zur Aufnahme von Doppelinfektionen;

4. zur Aufnahme oder Transferierung von solchen einfachen Infektionskrankheiten, für die eine größere Abteilung nicht zur Verfügung steht (sporadische Fälle).

Die Isolierung auf der Boxstation schließt Hausinfektionen nicht vollständig aus; es sind in einem Zeitraume von 10 Monaten 11 Hausinfektionen vorgekommen, und zwar je viermal Varizellen und Masern, dreimal Scharlach. Die Infektionen erfolgten vermutlich durch Übertragung durch Wartepersonal von Kranken der benachbarten Räume aus.

Trotz mannigfaltiger sukzessiver Belegung der einzelnen Räume mit verschiedenen Erkrankungen sind Infektionen durch den Raum selbst nicht vorgekommen. Die diesbezüglichen Desinfektionsvorschriften sind also genügend.

Derartige Isolierstationen sind für endemische Krankheiten sehr gut verwendbar, für gemeingefährliche Krankheiten (Cholera, Blattern) nicht zu empfehlen.

Diskussion: Schloßmann (Düsseldorf) ist auf Grund sorgfältiger Beobachtung zu dem Resultate gekommen, daß in einem Krankensaale ohne Gefahr die verschiedensten Infektionen nebeneinander liegen können, wenn nur zuverlässiges Personal, ein guter Arzt und die nötige Reinlichkeit vorhanden sind. Er verweist auf die ausführliche Publikation seiner Erfahrungen in Brauers Beiträgen der Infektionskrankheiten.

Abelmann (St. Petersburg) kann sich nicht davon überzeugen, daß es ungefährlich sei, Scharlach, Masern und Windpocken in einen Saal zu legen.

Moro (Heidelberg) ist der Meinung, daß Schloßmanns Anschauungen in ihrer extremen Fassung kaum zu Recht bestehen dürften, ersucht ihn aber im Interesse der Spitalsverwaltungen um ausführliche Mitteilung seiner Beobachtungen.

Freund (Breslau) erinnert daran, daß das Boxensystem von Lesage, das sogenannte Isolement individuel, von dem doch all diese Bestrebungen ausgingen, sich in wesentlichen Punkten von den vorgetragenen Einrichtungen unterscheidet. Bei Lesage handelt es sich um ringsum gänzlich geschlossene, von halbhohen Wänden umgebene Boxen, in denen der Pflegedienst in keiner Weise besonders geregelt ist. Auch ein Mantelwechsel findet nach der Besorgung des einzelnen Infektionsfalles nicht statt. Gerade dieses Lesagesche System hat Freund nachgeprüft, und zwar unter Verhältnissen, die so genau als möglich den Angaben von Lesage entsprechen. Unter den 98 Kindern, welche im Laufe von $^3/_4$ Jahren auf die aus 4 Boxen zu je 2 Betten bestehende Abteilung aufgenommen wurden, wiesen 54 spezifische Infekte (Varizellen, Masern, Röteln, Mumps, Keuchhusten — kein Scharlach) auf, die übrigen hatten eine sehr infektiöse Grippe oder sonstige Affektionen der Luftwege. Hie und da legte Freund, auch wenn Betten frei waren, gesunde jüngere Kinder dazwischen. Irgend eine Übertragung kam nicht zur Beobachtung.

Falkenheim (Königsberg) hält es zum mindesten für verfrüht, solche Anschauungen über die leichte Vermeidbarkeit der Infektionsübertragungen in die Öffentlichkeit zu bringen; sie könnten in der Praxis schlimme Folgen zeitigen.

Schloßmann (Düsseldorf) bemerkt, daß gerade aus ökonomischen Rücksichten die in Rede stehenden neuen Versuche ausgeführt wurden; und was die Resultate betreffe, so möchten doch die Gegner der neuen Anschauungen einmal darüber berichten, wieviel Infektionsübertragungen bei dem bisher als bewährt geltenden System vorgekommen wären oder vorkämen.

25. **Schloßmann** (Düsseldorf): *„Was lehrt das Jahr 1911?"*

Auf Grund der Statistik der Säuglingssterblichkeit und Sommersterblichkeit in den Großstädten einerseits und der speziellen Zahlen für Düsseldorf anderseits erwägt der Vortragende, was wir aus dem abnormen Hitzejahr 1911 für Schlüsse ziehen können. Zunächst das eine, daß wir noch weit davon entfernt sind, mit all unseren Fürsorgeeinrichtungen, so gut sie auch sein mögen und so erfolgreich sie im einzelnen arbeiten, die Säuglingssterblichkeit zu beherrschen. Die Höhe der Sommersterblichkeit 1911 hat sich im großen und ganzen unabhängig von der Intensität der Fürsorgebestrebungen erwiesen. Interessant ist die Feststellung, daß an der Sommersterblichkeit insbesondere die Kinder des zweiten und dritten Lebensquartals beteiligt sind. Im übrigen bestätigt der Vortragende die von Risel (Leipzig) mitgeteilten Beobachtungen und führt an dem Beispiele Düsseldorfs aus, welch ausschlaggebenden Einfluß auf die Sommersterblichkeit die Wohnungsverhältnisse der Familien haben.

26. **Dr. Rollier** (Leysin): *„Die Sonnenbehandlung der Tuberkulose"*.

Auf Grund meiner im Verlaufe von 9 Jahren gesammelten Erfahrungen, die sich auf mehr als 700 durch uns behandelte Fälle von chirurgischer Tuberkulose erstrecken, behaupte ich heute, daß diese Krankheit in jeder Form, in jedem Stadium sowie in jedem Alter durch die Sonnenbehandlung in der Höhenluft zur Ausheilung gebracht werden kann. Die geschlossene Tuberkulose heilt immer, sobald man es versteht sie geschlossen zu halten. Eine geschlossene Tuberkulose in eine offene zu verwandeln, ist daher ein Verbrechen; denn eine Verminderung der Vitalität der Gewebe ist die unausbleibliche Folge dieses Mißgriffes. Wird auch der Bazillus nicht direkt eingepflanzt, so verursacht doch dieses Vorgehen in einer Großzahl von Fällen einen langsamen, aber sicheren Tod infolge der durch die Mischinfektion hinzugetretenen Toxikämie.

Die chirurgische Tuberkulose ist keine lokale Krankheit, die einzig und allein durch eine Lokalbehandlung geheilt werden kann. Sie ist eher eine allgemeine Erkrankung, bei welcher eine richtige Allgemeinbehandlung ebenso wichtig ist wie eine richtige Lokalbehandlung. Diese Bedingungen scheinen uns am besten erfüllt in der von uns seit dem Jahre 1903 empfohlenen methodischen Anwendung der Sonnenkur. Die Wirkung der Heliotherapie ist demnach eine doppelte. Einesteils wird durch die Bestrahlung der Gesamtoberfläche der Haut eine energisch tonisierende und wiederbelebende Wirkung auf den ganzen Körper hervorgerufen. Dadurch erfahren die vielfältigen Hautfunktionen eine Anregung und Steigerung ihrer Tätigkeit, die in einer vermehrten Oxydation zum Ausdrucke kommt. Unsere Erfahrungen beweisen die Anregung und Förderung des Stoffwechsels in allen tiefen Geweben unter dem Einflusse der Sonnenstrahlen. Auf der andern Seite ist die Heliotherapie eine Lokalbehandlung, wie sie besser kaum gedacht werden kann. Es ist heute nachgewiesen, daß das Sonnenlicht nicht nur eine schmerzstillende und reduzierende Wirkung ausübt, sondern daß wir in ihm auch ein unerreicht mächtiges bakterizides und sklerosierendes Agens erblicken können.

Wir sind hierin glücklich zu schätzen, daß bei uns im Gebirge die Sonnenkur und der unaufhörliche Aufenthalt in frischer und kräftigender Höhenluft im Sommer sowohl als auch im Winter zur An-

wendung kommen können. Die beste Lokalbehandlung können wir somit mit der besten Allgemeinbehandlung stets vereinbaren.

Spezifisch für unsere Behandlung ist das Sonnenvollbad. Die Angewöhnung an dasselbe findet nur sehr langsam und progressiv statt, beginnend mit wenigen sehr kurzen Bestrahlungen der unteren Extremitäten. Diese Sonnenbäder werden dann an jedem folgenden Tag um einige Minuten verlängert und in äußerst vorsichtiger und langsam fortschreitender Weise das Besonnungsfeld des Körpers ausgedehnt, denn es gibt keine Heilmethode, welche einer so strikten Individualisierung bedarf wie die Heliotherapie. Durch dieses vorsichtig progressive Vorgehen vermeiden wir mit Sicherheit das Auftreten eines Erythema solare mit seinen Nachteilen (Dermatitis bullosa) und verhindern ferner auf diese Art eine zu intensive Reaktion bei der Lokalbehandlung. Lansgam erreichen wir so die uns erwünschte Pigmentierung, die der Haut eine besondere Widerstandskraft verleiht (sogar gegen bakterielle Hauterkrankungen) und die Wundheilung begünstigt. Nach mehr oder weniger langer Zeit ist die Pigmentierung eine vollständige geworden. Die Schnelligkeit und die Intensität dieser Pigmentierung erlaubt meist einen Schluß auf die Heilungsdauer. Je rascher und hochgradiger die erstere, um so kürzer die letztere. Die Widerstandskraft eines Patienten steht in geradem Verhältnisse zu seiner Pigmentierung. Blonde pigmentarme Kranke sind im allgemeinen weniger widerstandsfähig und genesen weniger rasch als die Brünetten. Die Differenz ist noch merklicher bei den Rotblonden, die sich fast gar nicht pigmentieren und bei denen die Prognose bekanntermaßen allgemein eine ungünstige ist. Die Pigmentierung verleiht der Haut eine ganz besondere Widerstandsfähigkeit gegen bakterielle Erkrankungen. So wird eine bronzierte Haut niemals der Sitz von Akne oder Furunkulose.

Das Höhensonnenbad hat eine typisch dekongestionierende Wirkung, vorausgesetzt, daß richtig dosiert, d. h. die Kur dem Kräftezustand respektive der Widerstandsfähigkeit individuell genau angepaßt wird. Es ist also unbedingt erforderlich, daß die Gesamtoberfläche der Haut unserer Patienten und ganz besonders die kranken Körperstellen soviel wie möglich mit der Sonne und der Luft in Berührung kommen. Infolgedessen ist die Behandlung tuberkulöser Gelenke mit nicht abnehmbaren Gips- oder Silikatverbänden, mögen dieselben noch so kunstfertig hergestellt sein, mit der Heliotherapie vollkommen unvereinbar. Diese Art Verbände führen zu einem Stillstande der Hauttätigkeit, zu Anämie, sogar zur Mazeration der Haut und zu schlechter Ernährung der tiefer liegenden Gewebe infolge von Licht- und Luftabschluß, was im weiteren zu der gefürchteten Muskelatrophie führt.

Unsere Behandlung besteht bei:

Spondylitis: Immobilisation durch abnehmbare Stoffleibchen und Gurte. Die Besonnung geschieht in Rücken- und Bauchlage. In letzterer wird durch ein untergeschobenes Kissen die physiologische Lordose gesteigert und eine Korrektur des Gibbus erreicht. Die lokale Wirkung ist dabei eine sehr günstige (oft Spontanresorption kalter Abszesse); allgemein ist die Wiederherstellung des Muskelkorsetts die erfreuliche Folge.

Koxitis: Verbindung der Heliotherapie mit kontinuierlicher Extension; letztere, durch eine Art Manchette oder Schuh durchgeführt, erlaubt mit gleichzeitiger Hebung des Beckens genügende Bestrahlung bei ausreichender Fixation. Erhaltung der Gelenkfunktion wird fast stets erreicht und tritt meist spontan ein. Diese ist auf die Wiederkehr der gesamten Muskulatur zurückzuführen, welche ein Charakteristikum der Heliotherapie bildet.

Gonitis: Technik ähnlich wie bei Koxitis. Die Extension erleichtert auch hier die Rückkehr der Gelenkfunktion.

Die Wirkung der Heliotherapie ist in erster Linie eine schmerzstillende, die oft schon nach den ersten Bestrahlungen zu konstatieren ist (besonders bei Zystitis und Adnexaffektionen, aber auch bei allen anderen Tuberkuloseherden). In zweiter Linie ist für unsere Behandlung die erwähnte Wiederkehr der Gelenkfunktion charakteristisch. Tuberkulöse Adenitiden verschwinden unter dem Einflusse der Sonne spontan oder kommen zur Erweichung und werden nach einigen Funktionen rasch zur Ausheilung gebracht ohne Zurücklassung entstellender Narben. Oft wird auch ein sequesterartiges Ausstoßen ganzer Drüsenpakete beobachtet. Für die Heliotherapie typisch ist die spontane Sequesterausstoßung und darauf solide und vollständige Vernarbung der Krankheitsherde (Fuß, Hand, Handwurzel, Ellbogen, Wirbelsäule).

Tuberkulöse Peritonitis wird in ihren käsigen Formen besonders günstig beeinflußt. Umfangreiche bis faustgroße Pakete schmelzen unter der Sonnenbehandlung gleichsam zusammen. Exsudate resorbieren sich von selbst.

Weitere Anwendungsgebiete der Heliotherapie sind:

1. Iliozökale Tuberkulose, wobei sogar nach operativen Eingriffen (iliozökale und andere Fisteln) vollständige Ausheilung erzielt wird.

2. Tuberkulöse Darmgeschwüre, die, wenn sie gleich zu Beginn in Behandlung kommen, eine große Aussicht auf Heilung haben.

3. Erkrankungen des Urogenitalapparates. Kombination der Sonnen- mit der Luftkur entlastet die Niere durch die erhöhte Hauttätigkeit und führt oft Analgesie herbei. Ausheilung wurde verschiedentlich erreicht.

Das gleiche gilt bei reiner Blasenaffektion.

4. Bei Hodentuberkulose sind die erreichten Resultate befriedigend und umgehen die verstümmelnde Kastration. Ihre Ausheilung nimmt die längste Zeit in Anspruch.

5. Haut- und Schleimhautaffektionen werden in der Regel sehr günstig beeinflußt, ebenso die seltenen Fälle primärer Tuberkulose der Konjunktivitis.

6. Tracheobronchiale und vergrößerte auf Tuberkulose verdächtige Drüsen des Kindesalters bilden sich unter der Höhen- und Sonnenkur zurück.

7. Bei Lungentuberkulose wird bei Kindern und Erwachsenen im ersten und oft auch noch im zweiten Stadium Heilung erzielt. Beim dritten Stadium, vorausgesetzt, daß der Patient afebril und nicht zu sehr abgemagert ist, wird durch die Heliotherapie der ganze Organismus des Patienten derartig gestärkt, daß es ihm ermöglicht wird, bei weiterem Aufenthalte in der Höhenluft seiner Tätigkeit ungehindert nachzugehen, wie wir sehr oft zu bemerken Gelegenheit hatten.

Die erreichten Resultate wurden stets einer genauen Röntgenkontrolle unterworfen, wie auch während der Krankheit von Zeit zu Zeit eine solche Untersuchung vorgenommen wird. So wurden in unserem Röntgenkabinette schon mehr als 2000 Aufnahmen gemacht.

Der ideale Ort, der Ort der Wahl für die Anwendung der Heliotherapie ist das Gebiet der Voralpen. Günstige Resultate werden aber

auch in tieferen Gegenden erreicht (Mittelländisches Meer, Adria, Cöln-Bardenheurs Versuche).

Die Heliotherapie hat eine ihrer dankbarsten Aufgaben auf dem Gebiete der Prophylaxe und sollte auch immer mehr mit der Hygiene Hand in Hand gehen. In Haus und Schule, Spital und allen öffentlichen Betrieben sollten der heilenden Sonne die Türen und Fenster weit geöffnet werden.

(Der Vortrag erscheint in etwas gekürzter Form, aber mit Abbildungen in der Monatsschrift für Kinderheilkunde.)

Diskussion: Felten (Südstrand, Föhr) berichtet über die günstigen Erfolge, welche in seiner Anstalt mit der Sonnenbehandlung gemacht wurden.

v. Pirquet (Wien): Die Sonne wirkt nicht bloß im Höhenklima und an der See, sondern überall wo sie scheint. Wir können sie auch in den Großstädten haben, wenn wir einen Dachgarten in zweckmäßiger Weise benutzen.

Wolff (Reiboldsgrün) zweifelt, ob es sich um eine Lichttherapie und nicht vielmehr um eine Lufttherapie handelt, und bezweifelt ferner den Zusammenhang zwischen Pigmentierung der Haut und der Besserung der Kranken.

27. **Kelner** (Straßburg): *„Zur Röntgendiagnostik der kindlichen Bronchialdrüsentuberkulose"*.

Die röntgenologischen Studien über pathologisch veränderte Bronchialdrüsen — ausgeführt in der Universitäts-Kinderklinik zu Straßburg — wurden an Kindern vorgenommen, die an äußerer Tuberkulose, also an Tuberkulose der Knochen und der Haut, litten. Maßgebend dabei war die Vorstellung, daß der Primäraffekt der Tuberkulose in der Lunge sitzt und daß demzufolge auch eine tuberkulöse Veränderung der tracheobronchialen Lymphdrüsen, deren Quellgebiet das betreffende Lungenterritorium ist, vorliegen muß. Man ist erstaunt, welch überraschende Befunde bei derartigen Individuen besonders in den Hilusgegenden sich manchmal darbieten. Auch mitten im Lungengewebe, weitab vom Mittelschatten, wurden häufig scharf umrissene Herde von brillanter Schattentiefe angetroffen, so daß man vor dem Schirme zuerst den Eindruck hatte, als ob ein Projektil im Lungengewebe säße. Sicherlich handelt es sich in solchen Fällen um verkalkte Pulmonaldrüsen.

Vor allem wurden aber noch auffallende Befunde im oberen Lungenfeld erhoben, und zwar vornehmlich im Bereiche des ersten und zweiten Interkostalraumes. Die Schattengebilde besaßen meistens eine beträchtliche Schattentiefe und saßen dem Halse des Mittelschattens an, in der Art, daß sie breit dem oberen Herzschattenrande auflagen und bandartig nach oben bis an die Klavikula reichten. Oder sie machten dadurch eine sichtbare Verbreiterung des Mittelschattenhalses, daß sie aus ihm in Form eines oder mehrerer rundlicher, tumorartiger Gebilde gewissermaßen in die oberen Interkostalräume seitlich hinauswuchsen. Sie saßen entweder links oder rechts am Halse des Mittelschattens, bisweilen auch beiderseits; meistens aber rechts. Eine Pulsation war niemals an diesen Schatten vor dem Schirme wahrnehmbar. Manchmal konnte man in den zentralen Partien aufgehellte Stellen wahrnehmen, daneben kleinere Herde von ganz intensiver Schattentiefe. Sechs der beobachteten Fälle kamen zur Autopsie. Ein Kind, 3½ Jahre alt, starb an Scharlach, zwei, 7 Jahre beziehungsweise 9 Monate alt, starben an Basilarmeningitis, zwei, 12 beziehungsweise 7 Monate alt, an Lungentuberkulose, eins, 1½ Jahre alt, an doppelseitiger Pneumonie. Bei der Sektion zeigte sich, daß Konvolute von verkästen zum Teil verkalkten paratrachealen beziehungsweise bronchotrachealen Lymphdrüsen vorlagen.

Bei Durchsicht der Literatur finde ich nur eine Diskussionsbemerkung Weinbergers zu dem von Alban Köhler auf dem ersten Röntgenkongreß gehaltenen Vortrage über kindliche Bronchialdrüsentuberkulose; er erwähnt einen ähnlichen Befund, zu dessen Deutung er durch die Obduktion des an allgemeiner Drüsentuberkulose gestorbenen Mädchens kam. Sluka erwähnt in seiner Arbeit über Röntgenbefunde bei Kindern mit exspiratorischen Keuchen (Wiener klin. Wochenschr., 1910) auch drei ähnliche Fälle, bei zwei derselben handelte es sich um Senkungsabszesse, ausgehend von der Wirbelsäule in Höhe der Bifurkation, beim dritten Fall ergab die Sektion hochgradige tuberkulös veränderte tracheale Lymphdrüsen.

28. **St. Engel** (Düsseldorf): *„Die Topographie des Bronchialdrüsenbaumes."*

Um brauchbare Unterlagen für die Röntgendiagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose zu gewinnen, wurden mit verschiedenen Methoden eingehende Studien über die Topographie des Bronchialbaumes und der dazugehörigen Lymphknoten angestellt. Vor allem wurde die Lage der fraglichen Gebilde im Röntgenbilde fixiert. Es wurde nachgewiesen, an welcher Stelle Bifurkation, die Hauptbronchien und die Lungenpforten zu suchen sind. Dabei ergab sich, daß mit Ausnahme der am rechten Hilus gelegenen Lymphknoten keine anderen Aussicht haben, im Röntgenbilde sichtbar zu werden, falls sie nicht ungewöhnlich stark vergrößert sind. Es liegt nämlich nur der rechte Hilus so nahe an dem Rande des Mittelschattens, daß die dort befindlichen Lymphdrüsen, falls sie sich vergrößern, ihn leicht überragen können. Der linke Hilus, die Gegend der Bifurkationsdrüsen und der tracheobronchialen Drüsen liegt so tief im Mittelschatten, daß hier von einem Sichtbarwerden vergrößerter Drüsen nur in extremen Ausnahmefällen die Rede sein kann. Anderseits konnte gezeigt werden, daß bei genauer Kenntnis der Topographie des Bronchialbaumes und der Lungenpforten auch solche Schatten der Diagnostik zugängig gemacht werden können, deren Schatten durch Form und Größe keine sichere Identifizierung erlauben.

29. **Lehmann** (Düsseldorf): *„Zur Diagnose der Tuberkulose."*

Vortragender hat die Frage der Bazillämie bei Tuberkulose geprüft. Es wurden einer Reihe von Meerschweinchen 1 bis 2 cm^3 Blut intraperitoneal verimpft von Kindern, die auf Tuberkulin reagierten und ganz wahllos ausgesucht waren. Von 29 Versuchen waren nur 2 positiv. Die Untersuchungen an einem weit größeren Material stehen noch aus.

Diskussion: Vogt (Straßburg) hat zusammen mit Kretschmer in der Straßburger Klinik gleiche Resultate wie der Vortragende erhalten.

Schelble (Bremen) fragt an, ob vor der Blutinjektion das Freisein der Tiere von Tuberkulose festgestellt wurde und woran die Kinder, in deren Blut Tuberkelbazillen gefunden worden sind, litten.

Bauer (Düsseldorf): In unseren Tierexperimenten haben wir immer mit Bazillen von einer gewissen Virulenz und in bestimmter Menge gearbeitet; der Bazillus, aus und mit dem menschlichen Blut injiziert, verhält sich vielleicht nur sehr wenig virulent.

Nach den Untersuchungen des Vortragenden ist wahrscheinlich die bisherige Meinung, daß ein Meerschweinchen so tuberkuloseempfindlich ist, daß es sozusagen schon durch einen Tuberkelbazillus zu infizieren ist, zu modifizieren.

Lehmann (Schlußwort) antwortet Schelble, daß er eine Nachprüfung auf Tuberkulosefreiheit der Meerschweinchen nicht

vorgenommen habe und sie auch nicht für notwendig halte. Was die beiden Blutspender anbetrifft, deren Blut eine Tuberkulose der Meerschweinchen bedingte, so handelt es sich um einen 8jährigen Knaben mit multiplen Muskelabszessen und um ein 10jähriges Mädchen mit Skrofeln und Tuberkulose. Bei allen Versuchen wurde auf den Meerschweinchenversuch und auf absolute Sterilität der Reagentien der größte Wert gelegt.

30. **H. Schelble** (Bremen): *„Zur Pathologie der Kindertuberkulose"*.

1. In fast allen Fällen von aktiver Kindertuberkulose läßt sich nachweisen, daß in der näheren Umgebung des Kindes sich ein Phthisiker aufgehalten hat.

2. Die Kinder akquirieren die Infektion, an der sie klinisch nachweisbar erkranken, fast stets vor ihrem 5. Lebensjahre.

3. Auf welchem Wege die Tuberkelbazillen an die Stelle im Organismus gelangen, an der sie den Primäraffekt setzen, ferner auf welchem Wege von dort aus die Weiterverbreitung erfolgt, läßt sich noch nicht bestimmt sagen.

4. Säurefeste Stäbchen sind zwar schon im Blutstrome von über 100 teils tuberkulösen, teils tuberkuloseverdächtigen Kindern, sogar bei Kindern, die auf Tuberkulose nicht reagierten, nachgewiesen worden.

5. Die Meinung jedoch, daß diese Bakterien in jedem Falle virulente Tuberkelbazillen gewesen sind, muß bis heute noch stark angezweifelt werden. Schelble's darauf gerichteten Tierversuche mit 29 Meerschweinchen sind sämtlich negativ ausgefallen. Es mag wahrscheinlich sein, ist aber noch nicht bewiesen, daß die Kindertuberkulose ihrem Wesen nach eine Bazillämie ist.

Diskussion: Cuno (Frankfurt a. M.) weist auf die Versuche hin, welche Bloch und Oppenheimer im Frankfurter hygienischen Institut zum Nachweise von Tuberkelbazillen im Harn durch Tierversuch angestellt haben. Sie quetschten den Tieren vor der Einspritzung des Urins die Kruraldrüsen und erzielten fast regelmäßig in kurzer Zeit positive Resultate.

Engel (Düsseldorf) hält die vorherige Prüfung der Meerschweinchen auf Tuberkulose für unnötig, ja, eventuell für schädlich, da ja durch Tuberkulininjektion zunächst unübersehbare Bedingungen geschaffen werden.

Noegerath (Berlin): Die widersprechenden Befunde verschiedener Autoren weisen auf Fehlerquellen in der Methodik hin. Einen solchen Fehler wies Beitzke mit dem Befunde von reichlichen säurefesten Bazillen im Laboratoriumswasser nach. (Wasserfehler.) Der Stallfehler ist in der Regel unerheblich, aber immerhin möglich. Daher sollten die Tiere genügend lange Zeit vorher mit Tuberkulin vorgeprüft werden, was übrigens für ihre Reaktionsfähigkeit gegen Bazillen nicht von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Lehmann (Düsseldorf) berichtet, daß Blut von sicher tuberkulösen Kindern nach Monaten noch keine Tuberkulose der Meerschweinchen hervorrufen konnte. Die in den Fällen angewendete Methode war folgende: Aus der gestauten Vene wurden 1 bis 2 cm^3 Blut entnommen, in ein steriles Glas mit 9 cm^3 frisch sterilisiertem destilliertem Wasser ausgespritzt und dazu .0·85 cm^3 einer frisch sterilisierten 10% igen Kochsalzlösung gebracht. Das Ganze wird Meerschweinchen intraperitonal injiziert.

Schelble (Schlußwort) will in seinen weiteren Versuchen die injizierten Tiere länger als 3 Monate beobachten.

Durch die Tuberkulinprobe der Tiere vor Anstellung des definitiven Tierversuches wird kaum ein Einfluß auf den Verlauf des Versuches selbst ausgeübt.

31. **G. Bessau** (Breslau): *„Experimentell-klinische Tuberkulinstudien"*.

Verf. hat mit der Intrakutanmethodik Tuberkulin- und Serumüberempfindlichkeit miteinander verglichen. Ein wesentlicher Unterschied zwischen diesen beiden lokalen Überempfindlichkeitsreaktionen scheint ihm darin zu bestehen, daß bei der Tuberkulinreaktion das Maximum der Entzündungserscheinungen stets im Zentrum gelegen ist, während man bei den Serumreaktionen zuweilen die stärksten Entzündungserscheinungen an der Peripherie beobachtet. Man kann bei bereits bestehender, aber noch in Steigerung befindlicher Serumüberempfindlichkeit um ältere bereits abheilende Reaktionen Entzündungserscheinungen in Form eines Kranzes auftreten sehen. Etwas Ähnliches wurde bei den Tuberkulinreaktionen, auch zu Zeiten, wo die Tuberkulinüberempfindlichkeit sich in Steigerung befindet, niemals beobachtet. Verf. scheinen diese Beobachtungen für eine differente Genese der Tuberkulin- und Serumüberempfindlichkeit zu sprechen, er hält die Antikörperhypothese der Tuberkulinüberempfindlichkeit für nicht bewiesen und glaubt auf Grund der neueren experimentellen Untersuchungen (B a i l), daß die Tuberkulinüberempfindlichkeit an die tuberkulöse Entzündung geknüpft ist.

Was bedeutet nun die durch Tuberkulinkur hervorgerufene Herabsetzung der Tuberkulinempfindlichkeit? Die Kur wurde bei klinisch gesunden Kindern in drei verschiedenen Formen durchgeführt: Mit kleinsten nicht steigenden Dosen, mit langsam vorsichtig steigenden Dosen, mit plötzlich ansteigenden Dosen. Bei täglicher intrakutaner Einführung kleiner Tuberkulindosen ändert sich nach anfänglichem Schwankungen die Tuberkulinüberempfindlichkeit nicht mehr wesentlich, selbst bei monatelanger Fortsetzung des Versuchs (im Gegensatze zu analog durchgeführten Serumversuchen, bei denen die Serumüberempfindlichkeit bei täglicher intrakutaner Zufuhr des Antigens nur beschränkte Zeit anhält und dann wieder herabsinkt). Bei Einverleibung plötzlich ansteigender Tuberkulindosen tritt nach Injektionen, die Allgemeinerscheinungen auslösen, wie ja bekannt, eine plötzliche Herabsetzung der Tuberkulinempfindlichkeit ein. Diese Unempfindlichkeit ist unspezifisch; denn wenn sie an einem Individuum, das serumempfindlich gemacht worden ist, ausgelöst wird, tritt mit der Herabsetzung der Tuberkulinempfindlichkeit ganz gleichsinnig eine Herabsetzung der Serumüberempfindlichkeit ein (nachgewiesen an den Intrakutanreaktionen). Dieser Unempfindlichkeitszustand wird deshalb als Antianaphylaxie gedeutet. Bei Einverleibung langsam steigender Tuberkulindosen dürften die Verhältnisse im Prinzip ähnlich liegen, doch sind die Untersuchungen in diesem Punkte noch nicht abgeschlossen.

Wenn die durch Tuberkulinbehandlung erzeugte Herabsetzung der Tuberkulinempfindlichkeit kein Immunitätszustand, sondern Antianaphylaxie ist, so erhebt sich die Frage, welche Bedeutung die Antianaphylaxie für die tuberkulöse Infektion besitzt. Diese Frage muß tierexperimentell in Angriff genommen werden.

D i s k u s s i o n: v. P i r q u e t (Wien) betont die Wichtigkeit der B e s s a u schen Untersuchungen, dessen Auffassung von der Antianaphylaxie als einer allgemeinen Vergiftung in vorzüglicher Weise eine Reihe bisher unverständlicher Erscheinungen der Tuberkulindiagnostik und -therapie erklärt wird.

B a u e r (Düsseldorf): Wir haben Tuberkulinunempfindlichkeit bei tuberkulinisierten Patienten gesehen, die eine Dauer von einem Jahre hatte. Diese Dauer spricht dagegen, daß es sich um die unspezifische Antianaphylaxie hierbei handelt. Möglicherweise gibt es hier zwei Formen: sofort nach der Tuberkulininjektion eine unspezifische, später eine spezifische.

Fünfte Sitzung am Mittwoch, den 18. September, nachmittags 2½ Uhr.

In einem einleitenden Vortrag berichtet **Sehulte** (Münster) über: *„Die vereinigten Anstalten des Fürsorgevereins in Münster"*, erzählt deren Geschichte, demonstriert Pläne und Photographien und erläutert die Eigenart der Einrichtungen und des Betriebs.

Daran schließt sich eine Besichtigung des Säuglingsheims und des damit verbundenen Antoniusheimes.

In den **anderen Sektionen** der Naturforscherversammlung wurden ferner noch folgende Vorträge gehalten, zu denen die pädiatrische Sektion eingeladen war.

32. **St. Engel** (Düsseldorf): *„Die Lokalisation der Säuglingspneumonie"*.

An Situationsschnitten durch die ganzen in situ fixierten Lungen wird gezeigt, daß die sogenannte paravertebrale Pneumonie der Säuglinge ganz bestimmten Lokalisationsgesetzen folgt. Die rechte Seite wird häufiger ergriffen wie die linke. In der Mehrzahl der Fälle ist der rechte Oberlappen ergriffen und an ihn anschließend der oberste Teil des Unterlappens. Auf der linken Seite erkrankt eher der Unterlappen. Die Ursache für die eigentümliche Lokalisation liegt in der schlechten Durchlüftbarkeit der angeführten Partien. Die Prädisposition der rechten Lungenspitze wird hierdurch allerdings ohneweiters nicht erklärt. Hier spielen offenbar Momente eine Rolle, welche auch die Disposition der rechten Lungenspitze zur Tuberkuloseerkrankung bedingen.

33. **Arneth** (Münster in Westfalen): *„Über das Verhalten der eosinophilen Leukozyten bei der kruppösen Lungenentzündung"*.

Die Eosinophilien verschwinden durchaus nicht immer bei der kruppösen Pneumonie bis auf die letzte Zelle, vor allem nicht bei 1tägigen Pneumonien. In über 50% der Fälle wurden Eiosinophile, wenn auch meist vereinzelt, im Verlaufe gefunden. Nach der Natur dieser Fälle sind es besonders die leichteren und die von kürzerer Dauer, umgekehrt aber auch die mit chronischem Verlauf, die dabei in Betracht kommen. Je schwerer der Fall, desto mehr ist mit einem vollständigen Verschwinden der Zellen im Verlaufe zu rechnen, oder es finden sich nur ganz kurz nach dem Schüttelfrost noch einige Exemplare. Bei dem Wiedererscheinen der Eosinophilen im Blute sowie auch da, wo Zellen im Verlaufe gefunden wurden, waren es teils solche, die einem qualitativ nach rechts entwickelten Blutbilde oder auch einem normal entwickelten angehörten. Wenn man aus den sämtlichen hierher gehörigen Untersuchungen ein Gesamtdurchschnittsbild berechnet, so weist dies eine Entwicklung nach rechts auf.

Wir können daher annehmen, daß der Bedarf an Eosinophilen während der Pneumonie im Körperhaushalte außerordentlich reduziert ist, und müssen uns vorstellen, daß die Produktionsstätten im Marke infolgedessen ihre Tätigkeit sehr einschränken.

Postpneumonische Eosinophilie trat auf in 9 Fällen, nicht in 6 Fällen. Sämtliche beobachtete Eosinophilien waren nur relativ geringgradige; es ist meist bei ihnen die obere Grenze der normalen Eosinophilenzahl nicht bedeutend überschritten. Das Blutbild fand sich meist nach rechts verschoben oder war normal.

Ein Hauptbeweis dafür, daß es sich bei den Eosinophilen nicht wie bei den Neutrophilen um ein Zugrundegehen von Zellen bei ihrem Verschwinden aus der Blutbahn handelt, liegt neben Obigem auch darin, daß sie bei ihrem ersten Wiederauftreten im Blute mit einem nach rechts verschobenen Blutbilde, also überreif erscheinen.

Bei der Pneumonie ist die Auffassung der Eosinophilie als biologische Reaktion daher eine andere wie die der neutrophilen Leukozytose. Oft setzt die Eosinophilie so spät im Verlaufe ein oder auch gar nicht, daß es auch deswegen sehr fraglich ist, ob die Eosinophilie überhaupt etwas mit dem Infektionsprozeß bei der Pneumonie zu tun hat. Es ist nicht als eine (auf das Verschwinden der Eosinophilen hin) reaktive aufzufassen, da das Verschwinden aus dem Blute nicht auf Schädigung, Zerstörung von Eosinophilen zurückzuführen ist. Nur der Verbrauch an Zellen entscheidet für ihre spätere mehr oder minder starke Neubildung, genau wie bei den Neutrophilen.

Das Verhalten der Neutrophilen und Eosinophilen im Verlaufe der Pneumonie bis zur Krise ist ein absolut gegensätzliches. Im Höhenstadium der Pneumonie schwerstes Betroffensein der Neutrophilen und dagegen absolut normales, ja, überentwickeltes Blutbild bei den Eosinophilen und ihr nahezu komplettes Verschwinden aus dem Blute!

Auch nach Ablauf des akuten Stadiums der Pneumonie, also nach der Krisis, bleibt der gegensätzliche Charakter des Verhaltens der beiden Zellarten in der Hauptsache gewahrt, indem nach der Krisis die Neutrophilen an Zahl zurückgehen und das Blutbild sich früher oder später bessert, während die Eosinophilen sich vielfach erst dann vermehren (Eosinophilie), das Blutbild ist jedoch nicht oder nur wenig verändert.

Nach unserer bei den Neutrophilen eingeführten Bezeichnungsweise sind im Verlaufe der Pneumonie mit Bezug auf die Eosinophilen die sämtlichen Formen gefunden worden.

Demnach verlaufen die Umsetzungen bei den Eosinophilen in demselben allgemeinen Rahmen wie bei den Neutrophilen, nur folgen sie ganz anderen biologischen Gesetzen im Haushalte des Körpers.

Die vorliegenden Untersuchungen sind zugleich auch die beste Stütze für den Wert und die Richtigkeit unserer Untersuchungen bei den Neutrophilen.

34. **Ludwig Hirschstein** (Hamburg): *„Über die Beziehungen des Schwefels zum Stickstoff in Nahrungsmitteln mit besonderer Berücksichtigung der Frauen- und Kuhmilch"*.

Die bereits mehrfach festgestellte, vom Vortragenden wiederholt bestätigt gefundene Tatsache, daß Schwefel- und Stickstoffausscheidung beim Menschen durchaus nicht immer parallel laufen, daß vielmehr in fast allen Fällen der im Eiweiß der Nahrung enthaltene Schwefel erheblich besser ausgenutzt wurde als der Stickstoff, gab die Veranlassung, in einer größeren Anzahl von Nahrungsmitteln das Verhalten dieser beiden Elemente zueinander genau festzustellen.

Die Untersuchungen zeigten, daß das Verhältnis von Schwefel zu Stickstoff in außerordentlich großem Umfange schwankt, daß bei einzelnen Eiweißsubstanzen bereits auf 10 Stickstoffatome ein Schwefelatom kommt, bei anderen erst auf 40. Für jedes einzelne Nahrungsmittel bewegt sich aber der Wert N/S mit ganz verschwindenden Ausnahmen in so engen Grenzen, daß wir in diesem Faktor eine für jede Eiweißsubstanz charakteristische Konstante haben.

Versuchen wir, nach dem durch die Zahl N/S ausdrückbaren relativen Schwefelgehalt eine Einteilung der gebräuchlichen menschlichen eiweißhaltigen Nahrungsmittel durchzuführen, so erhalten wir, vom schwefelreichsten angefangen, folgende in mancher Beziehung recht bedeutsame Reihe:

Kartoffel, Weißei — Weizenbrot, Gelbei, Roggenbrot, Reis, Seefisch — Schweinefleisch, Hammelfleisch, Kalbfleisch, Huhn, Rindfleisch, Kuhmilch.

Wir sehen, daß die Nahrungsmittel, die vielfach ausschließlich für die Ernährung großer Bevölkerungsschichten in Frage kommen, die Kartoffel, das Brot und der Reis, durchweg zu den schwefelreichen und stickstoffarmen Stoffen gehören. Im Hinblicke auf die

durch die Stoffwechseluntersuchungen bewiesene hohe Schwefelausnutzung beim Menschen liegt der Gedanke sehr nahe, daß trotz des niederen absoluten Gehaltes dieser Substanzen an Eiweiß gerade die durch den hohen Schwefelgehalt charakterisierte eigenartige Zusammensetzung ihres Eiweißmoleküls sie für die Ernährung des Menschen so wertvoll macht.

Zu den schwefelreicheren Nahrungsmitteln gehört außer Weißei und Gelbei noch der Käse im Gegensatze zu der stickstoffreichen, dem Rindfleische sehr nahestehenden Kuhmilch. Wahrscheinlich wird bei dieser durch in der Molke vorhandene nicht eiweißartige N-Substanzen der Faktor N/S erhöht.

Neben der Kuhmilch wird die Gruppe der stickstoffreichen und schwefelarmen Eiweißsubstanzen, zu der die Seefische überleiten, ausschließlich durch das „Fleisch", die Muskelsubstanz der Säugetiere und Vögel, repräsentiert. Wenn wir vorher in dem Schwefelreichtum der eigentlichen Volksnahrungsmittel Kartoffel, Brot und Reis einen Vorzug erblickten, müssen wir konsequenterweise in der Schwefelarmut und dem Stickstoffüberschuß der Eiweißkörper des Fleisches einen Nachteil sehen. Es ist wahrscheinlich in dieser Eigentümlichkeit ihres elementaren Aufbaues der Grund dafür zu suchen, daß erfahrungsgemäß diese Stoffe für sich allein, ohne Zugabe von schwefelreicheren Substanzen, keine für die Ernährung weiter Volkskreise geeignete Kost darstellen.

Während das Verhältnis von Stickstoff zu Schwefel sich bei allen untersuchten Nahrungsmitteln einschließlich der Kuhmilch als durchaus konstant erwiesen hat, schwankt dieser Faktor bei der Frauenmilch, wie die Untersuchungen an 10 Frauen in 14 Milchproben ergeben hat, in dem ungeheuren Umfange von 8·7 bis 130·2. Hier wirken wahrscheinlich neben den Sekretionsprozessen Exkretionsvorgänge durch die Brustdrüse mit, deren Natur erst durch weitere eingehende Beobachtungen aufgeklärt werden kann.

Als Resultat der ganzen Untersuchungsreihe ergibt sich, daß der Stickstoffgehalt allein heute zur Klassifizierung der eiweißhaltigen Nährstoffe nicht mehr ausreicht, daß vielmehr für alle Fragen des Eiweißhaushaltes der Menschen die Ermittlung beider, die Eigenart des Eiweißmoleküls bestimmender Elemente, des Schwefels und des Stickstoffs, unbedingte Voraussetzung ist.

Diskussion: Rindfleisch (Dortmund) bemerkt, daß man bei Zystinurie eher die stickstoffreichen Eiweißstoffe bevorzugen müsse und nicht die schwefelreichen.

Ragnar Berg (Loschwitz) bestätigt die Befunde des Vortragenden in der Beziehung, daß auch er bei entsprechender Einstellung starke Abgaben von Retentionsstickstoff, und zwar in Form von Aminosäuren gefunden habe, die sicher keine Eiweißverluste seien. Zu gleicher Zeit stieg der Neutralschwefel bis auf 50% des Gesamtschwefels.

35. C. **Rammstedt** (Münster in Westfalen): *„Zur Operation der angeborenen Pylorusstenose"*.

In jedem Falle von angeborener Pylorusstenose ist zunächst eine interne Behandlung, wie sie Heubner, Pfaundler, Ibrahim und andere empfohlen haben, zu versuchen; erst wenn der Erfolg auf sich warten läßt, ist operatives Eingreifen notwendig. Schwieriger bleibt indessen die Frage, zu beantworten, wann man zur Operation raten soll. Diese Entscheidung wird wohl wesentlich mit dadurch beeinflußt, daß der operative Eingriff an sich sowohl von den Kinderärzten wie auch von den Chirurgen immer noch als besonders gefahrvoll

für den Säugling angesehen wird. Diese Furcht erscheint jedoch nur dann begründet, wenn die betreffenden Kinder schon sehr an Kräften verloren haben. Dem Chirurgen kann daher eine möglichst frühzeitige Zuführung der kleinen Patienten nur willkommen sein, anderseits ist es seine Pflicht, den operativen Eingriff einfach, schnell verlaufend, möglichst ungefährlich und doch erfolgversprechend zu gestalten. Die bis jetzt angewandten Operationsmethoden entsprechen nach Ansicht des Vortragenden dieser Forderung nicht oder wenigstens nicht in ausreichendem Maße.

Die Jejunostomie und die Pylorusresektion sind zu verwerfen, sie haben nur historisches Interesse. Die Dehnung des Pförtners nach Loreta mit oder ohne Eröffnung des Magens ist roh, unchirurgisch, tödliche Schleimhautblutungen und Rezidive sind beobachtet. Die Gastroenterostomie hat noch die besten Resultate gezeitigt (von 135 Fällen 49% Mortalität), stellt aber wegen der winzigen Verhältnisse nicht geringe Anforderungen an das technische Geschick des einzelnen Operateurs und dauert auch im günstigen Falle länger wie die Dehnung nach Loreta und die Pyloroplastik, welche in neuerer Zeit mehr Anhänger gefunden zu haben scheint, nachdem Weber in Dresden diese Operation wieder und zwar ohne Eröffnung der Schleimhaut empfohlen hat (partielle Pyloroplastik).

Rammstedt hat 1911 einen Fall mit der partiellen Pyloroplastik Webers erfolgreich operiert. Bei der Operation schien nach Durchschneidung des hypertrophischen Muskelringes die Stenose schon beseitigt zu sein, derartig klaffte der Schnitt. Doch stieß die quere Vernähung der dicken, starren Muskelränder auf Schwierigkeiten, die Nähte schnitten zum Teil durch, so daß zum Schutze der Naht ein Netzzipfel über ihr befestigt wurde. Bei regelrechtem Wundverlauf und sorgfältigster Nachbehandlung (Dr. Schulte, dirigierender Arzt des Kinderheims Münster i. W.) trat doch in den ersten 8 Tagen noch ab und zu Erbrechen auf. Man hatte den Eindruck, daß die Stenose noch nicht vollkommen beseitigt war, und die Vermutung lag nahe, daß durch die quere Vernähung der Muskelränder die Schleimhaut in Falten gelegt wäre und innerhalb des Pylorus ein Hindernis abgäbe. Rammstedt nahm sich deshalb vor, in einem weiteren Falle die quere Naht nicht wieder auszuführen, sondern den Schnitt klaffend zu lassen. Dieses einfache Vorgehen dürfte auch am ersten die Ursache der Verengerung beseitigen. Wenn es nämlich richtig ist, daß diese nicht allein durch die Hypertrophie des Pylorusmuskels, sondern auch zugleich durch einen Spasmus desselben bedingt ist, wie wohl heute allgemein angenommen wird, dann muß die einfache Spaltung des spastisch-hypertrophischen Muskels den Krampf und zugleich die Verengerung des Pförtners mit einem Schlage beseitigen.

Am 18. Juni dieses Jahres hatte Rammstedt Gelegenheit, einen zweiten Fall in der geplanten Weise zu operieren. Der verdickte Muskel wurde bis auf die Schleimhaut eingekerbt, der Schnitt klaffte sofort stark und wurde nicht genäht. Bei reaktionsloser Heilung war der Erfolg ein vollkommener. Erbrechen trat überhaupt nicht wieder auf und 3 Monate später hatte sich der Kleine gut entwickelt. Diese Operation — Einkerbung des hypertrophischen Pylorusmuskels — wie Rammstedt sie nennen möchte, ist überaus einfach und schnell auszuführen und kann wohl auch schon geschwächten Säuglingen unbedenklich zugemutet werden. Die Blutung aus den Schnitträndern ist gering und läßt sich, wenn überhaupt nötig, durch feinste Umstechungsnähte leicht stillen. Zum Schutze der freiliegenden Schleimhaut kann man ein Netzzipfelchen über ihr befestigen, doch scheint dies nicht unbedingt nötig zu sein.

Ob diese Methode berufen ist, die Prognose des angeborenen Pyloruspasmus zu bessern, läßt sich natürlich nach diesem einen Falle

noch nicht mit Bestimmtheit sagen, weitere so operierte Fälle, die ja dem Chirurgen nicht allzuhäufig zugeführt werden, können dies erst erweisen. Jedenfalls ermuntert der Erfolg des so operierten Falles zur Nachahmung. Über die Krankengeschichten soll an anderer Stelle berichtet werden.

36. **Louis Ascher** (Hamm i. Westfalen): *„Zur Statistik der Kindertuberkulose"*.

Vor einigen Jahren hatte Referent auf das merkwürdige Verhalten der Tuberkulosesterblichkeit im Gegensatze zur Infektion im schulpflichtigen Alter aufmerksam gemacht. Die Sterblichkeit erreicht hier, wie bei allen Todesursachen, ihren Tiefpunkt, während die Infektion, gemessen an den tuberkulösen Befunden unter allen in einer Reihe pathologischer Institute sezierten Leichen — Wien, Zürich, Berlin, München, Kiel, Dresden —, nahezu ihren Höhepunkt erreicht. Entsprechend dergeringen Sterblichkeit waren auch die Fälle von tuberkulöser Erkrankung im schulpflichtigen Alter so gering, daß man Fälle von offener Tuberkulose im schulpflichtigen Alter als Seltenheit bezeichnen kann. Diese zuerst sehr enggegriffenen Feststellungen haben inzwischen ihre volle Bestätigung erhalten; die hohe Infektionsziffer durch die kutanen Tuberkuloseuntersuchungen, die niedere Sterblichkeit durch Bernhard Fränkel und die geringe Zahl offener Tuberkulosen durch die verschiedensten schulärztlichen Untersuchungen (Düsseldorf, Halle a. S., Berlin usw.)

Die Gründe hierfür sieht Referent in der großen Widerstandskraft des schulpflichtigen Alters — im Gegensatze zu der weitverbreiteten gegensätzlichen, aber unbegründeten Ansicht. Diese Widerstandskraft, die ganz gesetzmäßig für die verschiedenen Altersklassen in einer V-förmigen Kurve mit dem Höhepunkte im schulpflichtigen Alter, ihren beiden Tiefpunkten im Säuglings- respektive im Greisenalter an verschiedenen Tabellen gezeigt wird, zeigt sich nicht nur in der Sterblichkeit, d. h. dem Verhältnisse der Gestorbenen zu den Lebenden, sondern, was noch überzeugender ist, in dem zu den Erkrankten an einer bestimmten Krankheit; diese Erkenntnis sowie die Erfahrungen der Lebensversicherungen, wonach bei der Prognose über die Tuberkulose die Konstitution das ausschlaggebende Moment ist, führten zu Bestrebungen zur Hebung der Konstitution im schulpflichtigen Alter und zur Aufsuchung der schlechter konstituierten Elemente mittels Maß und Gewicht, wovon das nächste Referat handelt.

37. **L. Ascher** (Hamm i. Westfalen): *„Körpermessungen und ihre Verwertung"*.

Um die schlechter entwickelten Elemente unter den Schülern herauszufinden, berechnete A. den Durchschnitt an Maß und Gewicht für jedes Alter und jedes der beiden Geschlechter und nannte „zu gering" alle jene, die 10% unter dem ihrem Alter, ihrem Geschlechte und ihrer Größe zukommenden Gewicht geblieben waren. Dies letztere wurde dadurch bestimmt, daß das zu erwartende Gewicht x sich zu dem Durchschnittsgewichte des betreffenden Alters verhalten sollte wie die Länge des Kindes zur Durchschnittslänge des betreffenden Alters. Eine Tabelle, die ausgearbeitet und allen Schulen übersandt wurde, ermöglichte jedem Lehrer die Heraussuchung dieser Kinder (die Messung und Wägung wurde in allen Schulen seines Bezirkes im Mai und Juni vorgenommen). Diese Kinder wurden dem Schularzte vorgestellt und eventuell in Fürsorge genommen.

Die Untersuchung wurde allmählich auf die Entwicklung der ganzen Jugend von 0 bis 19 Jahren erweitert. Zu diesem Zwecke wurde in der Stadt Hamm wie auch im Landkreise bei Impfungen und bei zahlreichen Besuchen in Wohnungen das Gewicht der Säuglinge ermittelt und dieses mit den Zahlen von Camerer verglichen.

Hierdurch — nämlich durch den Vergleich mit Normalzahlen — läßt sich auch der Erfolg der Fürsorge in Mutterberatungsstellen usw. besser bestimmen als durch absolute Zahlen. Auch lassen sich solche Zahlen, selbst in kleineren Mengen, zum Vergleiche verschiedener Bevölkerungsgruppen verwenden, z. B. Stadt und Land usw. Für das vorschulpflichtige Alter wurden Messungen und Wägungen in Kleinkinderschulen vorgenommen und die Zahlen mit solchen einer Tabelle verglichen, welche nach dem Muster der für die Volksschulen aufgestellten angefertigt wurde.

Für das nachschulpflichtige Alter wurden sorgfältigere Musterungen vorgenommen, die sowohl den für den Heeresersatz wie für die Reichsversicherung geltenden Gesichtspunkten Rechnung tragen sollten: außer Größe und Gewicht — letzteres auch im unbekleideten Zustand — Umfang von Hals, Brust — Aus- und Einatmung —, Bauch, Ober- und Unterarm, Ober- und Unterschenkel, rechts wie links. Daneben wurden auch die einzelnen Körperorgane untersucht.

Es ergab sich ein körperliches Zurückbleiben der Stadtbevölkerung gegenüber der des Landes, was um so bemerkenswerter ist, als im Bezirke Hamm Stadt und Land noch nicht so scharfe Gegensätze in bezug auf Wohnart und Beruf zeigen wie anderwärts.

In den Schulen, in denen die Musterung schon 2 Jahre hindurch vorgenommen wurde, zeigten sich in beiden Jahren fast bis auf die Dezimalien genau dieselben Unterschiede zwischen Stadt und Land.

38. **Meurer** (Leipzig): *„Das Lobecksche Verfahren zur Herstellung einwandfreier Trinkmilch, insbesondere solcher für Säuglinge und die mit diesem erzielten Erfolge hinsichtlich Sterilisierungsfähigkeit"*.

Der Vortragende demonstriert ein neues Sterilisierungsverfahren, das eine einwandfreie Säuglingsnahrung liefert, welche der Vorzugsmilch gleicht, aber absolut frei von pathogenen Keimen sein soll.

Die für das Verfahren notwendigen Apparate sind ein Sprühapparat, in dem die Sterilisation vor sich geht, eine Druckpumpe und ein Druckgefäß, in das die Milch gepreßt wird. Der Sprühapparat besteht aus einem mit Dampf geheizten Raume, in welchem die Milch mit einem Drucke von 3 bis 4 Atmosphären in allerfeinster Verteilung momentan erhitzt und unmittelbar darauf tiefgekühlt wird, worauf sie nach Passierung eines Kühlers den Apparat verläßt.

Die mit dem Verfahren erzielten Resultate sind in bakteriologischer und biologischer Hinsicht äußerst günstig. Vor allen Dingen gelang es auch nachzuweisen, daß das Verfahren sämtliche nicht Sporen bildende Bakterien abtötet, und ebenso, daß es alle Tuberkelbazillen abtötet. Der Vortragende behauptet, daß die Milchfermente erhalten bleiben, das Eiweiß nicht denaturiert wird und daß die Milch in chemischer und biologischer Hinsicht von der Rohmilch nicht zu unterscheiden ist.

Medizinische Gesellschaft zu Kiel.

Bericht erstattet von **Dr. W. Birk.**

Döhle: *„Über Blutbefunde bei Scharlach."*

Der Vortragende knüpft an seine im Zentralblatt für Bakteriologie, 1911, Orig. 61, erschienene erste Mitteilung über das Vorkommen von Leukozyteneinschlüssen bei Scharlach an. Er hat seitdem eine große Anzahl von weiteren Untersuchungen darüber angestellt, die die ersten Befunde bestätigten und es außer Frage erscheinen lassen, daß dieselben zum Scharlach in Beziehung stehen.

Der Nachweis der Einschlußkörperchen hat eine große praktische Bedeutung dadurch, daß er die frühzeitige Diagnose des Scharlachs

gestattet. Es muß zwar vorläufig dahingestellt bleiben, ob nicht bei anderen Erkrankungen sich ähnliche Einschlußkörperchen finden, aber so viel ist durch die bisherigen Untersuchungen bereits festgestellt worden, daß sie bei all denjenigen Affektionen fehlen, die bei der Differentialdiagnose des Scharlachs in Frage kommen. Wo im Blute von Scharlachverdächtigen innere Einschlüsse nachweisbar sind, da besteht Scharlach. Wo sie fehlen, da ist auch kein Scharlach vorhanden.

Auch über die Natur der Zelleinschlüsse haben die späteren Unterschuchungen Aufschluß gegeben. Sie erscheinen zwar meist als Körnchen oder plumpe Stäbchen, oft genug aber sind sie langgestreckt, am Ende gegabelt, gewunden, und in einzelnen Fällen ließen sie direkt die Spirochätenform erkennen. Der Vortragende demonstriert eine Reihe von Präparaten, die die verschiedenen Formen erkennen lassen. Darunter auch die 5- oder mehrfach gewundenen Spirochäten. Gleiche Formen wie in den Leukozyten hat Döhle auch im Blute gefunden. Er nimmt deshalb an, daß die Einschlußkörperchen Zerfallsprodukte der Spirochäten sind.

Es lag nahe, die Spirochäten in Beziehung zur Ätiologie der Skarlatina zu setzen, eine Annahme, die dadurch gestützt wird, daß die Scharlacherkrankung ja auch sonst manches Gemeinsames mit den übrigen Spirochätenkrankheiten hat: positive Wassermannsche Reaktion, Beeinflussung durch Salvarsan.

In der Diskussion wird allerseits die Wichtigkeit der Döhleschen Befunde betont, zugleich darauf hingewiesen, daß die Scharlachspirochäten wesentlich verschieden sein müssen von den Syphilisspirochäten, da sie sich hauptsächlich in den Leukozyten erkennen lassen, während die letzteren besondere Affinität zu den roten Blutkörperchen zeigen.

Besprechungen.

A. Lesage. *Lehrbuch der Krankheiten des Säuglings.* (Übersetzt und mit Anmerkungen versehen von Prof. Dr. Rudolf Fischl. Verlag von Georg Thieme. Leipzig, 1912, M. 12·—.)

In der Monatsschrift, Bd. IX, S. 519, habe ich das französische Original besprochen. Das Werk ist sicherlich einer Übersetzung wert, und es ist erfreulich, daß es auf diese Weise einem größeren Kreise unserer deutschen Fachgenossen zugänglich gemacht wird. Ich muß allerdings sagen, daß es mir viel zweckmäßiger erschienen wäre, wenn Fischl sich auf seine gute Übersetzung beschränkt hätte, anstatt eine große Anzahl von Anmerkungen in den Text hereinzubringen. Besonders wenn man das Werk im Zusammenhange liest, kann man diese vielen Einschaltungen nur als störend empfinden. Es ist meiner Ansicht nach unnötig, daß der Übersetzer bei so vielen Gelegenheiten zum Ausdrucke bringt, ob er mit der Ansicht des Autors einverstanden ist oder nicht und was er dagegen einzuwenden hat.

Auch der Versuch, Differenzen zwischen der französischen und deutschen Pädiatrie aufzuklären, ist Fischl selten gelungen. Mir will scheinen, als ob z. B. in der Frage Sklerem und Sklerödem (S. 253) durch seine Auseinandersetzungen eine noch größere Unklarheit hervorgerufen wäre. Keller.

J. Comby. *160 Consultations médicales pour les maladies des enfants. 3. Édition.* (Masson et Comp. Paris 1912.)

Die erste Auflage von Combys „Consultations" ist 1909 erschienen. Jetzt liegt bereits die dritte vor, verbessert und vermehrt, indem aus 100 Consultations der früheren Auflagen 160 geworden sind.

Nach Form und Anlage — und, wie es scheint, auch nach seinem buchhändlerischen Erfolg — gleicht das kleine Buch dem bei uns so viel gebrauchten „Viermännerbuch". Unter Verzicht auf alle sogenannte Wissenschaftlichkeit soll es nach der Absicht des Verf. ausschließlich praktischen Bedürfnissen dienen und am Krankenbett ein Ratgeber sein. Kein Wunder daher, wenn in erster Linie die Therapie berücksichtigt ist und recht eigentlich den Hauptinhalt des Buches ausmacht. Mit der Gewissenhaftigkeit des alten erfahrenen Praktikers zeigt der Verf., wie man Therapie treiben muß, wie man insbesondere alles das bei der Behandlung berücksichtigen muß, was der Laie behandelt zu haben wünscht. So findet jede Krankheit — sogar das Wachstum und seine angeblichen Beschwerden — eine individuelle und eingehende Behandlung: erst kommen allgemeine hygienische Vorschriften, dann die Diät, etwaige Umschläge und sonstige Verordnungen physikalischer Therapeutik, eine Reihe Rezepte und schließlich Verhaltungsmaßregeln für die nächsten Tage. Für den Praktiker ist das Buch ohne Zweifel ein ausgezeichneter Notbehelf, wie überhaupt jeder, der seine Patienten zu behandeln bestrebt ist, viel Anregung und Nutzen daraus ziehen wird. Wer dagegen seine Hauptaufgabe in der Stellung einer schönen Diagnose erblickt, der wird bei dem Buche kaum auf seine Kosten kommen.

Birk (Kiel).

Ernst Schloss. *Über Säuglingsernährung.* (A. d. Großen-Friedrichs-Waisenhaus der Stadt Berlin in Rummelsburg.) (Mit 59 Kurven im Text und auf 3 Tafeln. Verlag von S. Karger, Berlin 1912, M. 6·—.)

In der Einleitung sagt Verf., er hätte ursprünglich nur über die im Großen Friedrichs-Waisenhause der Stadt Berlin in Rummelsburg seit einigen Jahren ausgeführten Ernährungsversuche, die nunmehr in der molkenadaptierten Milch ihren vorläufigen Abschluß gefunden hätten, in extenso berichten wollen; statt dessen sei ihm unter der Hand aus der Notwendigkeit, auf die theoretischen Grundlagen dieser Versuche einzugehen, ein Buch über Säuglingsernährung entstanden. Dieses Buch mit einem Umfang von 231 Seiten und 59 Gewichtskurven liegt jetzt vor.

So verschieden auch voraussichtlich der Wert des ganzen Buches von der Fachwelt beurteilt werden dürfte, das eine wird niemand bestreiten, daß der Verf. augenscheinlich bemüht ist, nach Möglichkeit sein reiches Material auszunutzen und die Fehlerquellen bei der Beurteilung auszuschalten. Das letztere gelingt ihm nicht vollkommen; unsere ganze Ernährungslehre wäre bereits weiter gediehen, wenn eine objektive Darstellung der Erfolge nicht so schwierig wäre.

Damit der Leser in der Lage sei, sich selbst ein Bild von dem Erfolg zu machen, legt der Verf. einen großen Teil seiner Materials vor. Dem Leser wird diese Aufgabe — zum mindesten bei schneller Orientierung — dadurch wesentlich erschwert, daß in den Gewichtskurven nicht nur das Verhältnis von Abszisse zu Ordinate wechselt, sondern daß die Kurven in den verschiedensten Maßstäben verkleinert sind.

Das wichtigste an den Buche sind die praktischen Ergebnisse der Ernährungsversuche, denn selbst wenn die molkenadaptierte Milch das Schicksal so mancher Säuglingsnahrung teilen würde, daß ihre theoretische Begründung sich nur allzubald als falsch herausstellt, so würden wir trotzdem zufrieden sein, wenn in der Praxis die Nahrung das halten würde, was der Verf. verspricht.

Seine Ernährungsversuche gingen darauf aus, für das von vornherein nicht ernährungskranke Kind eine Dauernahrung zu schaffen, und zwar mit dem ausgesprochenen Prinzipe der Annäherung an die Zusammensetzung der Frauenmilch, besonders hinsichtlich Fettreichtum und Molkenarmut. Die Forderung der Molkenadaption sieht der Verf. als eine der berechtigtsten, wenn nicht als die zurzeit am meisten berechtigte Forderung einer rationellen und empirischen Säuglingsdiätetik an.

Das Ziel der Annäherung an die Frauenmilch glaubt der Verf. mit folgenden zwei Ernährungsmethoden erreicht zu haben, mit denen er seine Ernährungsversuche ausführt:

Molkenadaptierte Milch Nr. I mit Mondamin (MAM) für jüngere Kinder	Molkenadaptierte Milch Nr. II MA meist für ältere Säuglinge
Zusammensetzung pro 1000 cm^3	Zusammensetzung pro 1000 cm^3
$^1/_7$ l Vollmilch	$^1/_7$ l Vollmilch
$^1/_7$ l 20%ige Sahne	$^1/_7$ l 20%ige Sahne
(25) 35 g Nährzucker (ohne Salz)	50—70 g Nährzucker
(25) 15 g Mondamin	5 g Nutrose oder Plasmon (0·2 K Cl)
5 g Nutrose oder Plasmon (0·2 K Cl)	$^5/_7$ l Wasser
$^5/_7$ l Wasser.	

Der hier angegebene Kohlehydratgehalt wurde von Anfang an festgehalten; nur jenseits des dritten Lebensmonates wurde vielfach noch eine Steigerung vorgenommen, die aber selten über 7 pCt. hinausgetrieben wurde.

Die praktische Herstellung im Anstaltsbetriebe geschieht folgendermaßen: Es werden zweckmäßig gleich 7 l der Nahrung oder ein Multiplum davon zusammen vorbereitet. Dazu werden 5 l Wasser mit den betreffenden Kohlehydraten und dem Eiweiß (eventuell noch mit 1·4 g Chlorkali) versetzt und dazu je 1 l Sahne und Vollmilch gegeben.

Verf. macht sich einer merkwürdigen Inkonsequenz schuldig, wenn er bei diesem Nahrungsgemisch, für das er an späterer Stelle noch eine vereinfachte Herstellung für die Familienpraxis angibt,

die Adaption an die Frauenmilch als Hauptprinzip in den Vordergrund stellt. Er sagt zwar an der einen Stelle, der Austausch der Kohlehydrate, der Ersatz des Milchzuckers durch ein Maltosepräparat bedeute an sich keine Durchbrechung seines Prinzipes der Molkenadaption, aber gewiß bedeutet er eine Durchbrechung des Prinzipes der Frauenmilchadaption; und wie viel Wert er auf dieses Abweichen von der Frauenmilch legt, geht aus einem späteren Satz hervor: „Die Frage nach der genaueren Molkenzusammensetzung tritt an Wichtigkeit aber bei weitem gegenüber der Kohlehydratfrage in den Hintergrund."

Verf. gibt sich die größte Mühe, dem Leser ein Bild von dem Beobachtungsmaterial, von der Art der Beobachtung und von den Ernährungsresultaten zu geben. Die Erfolge sind zu einem Teile recht gut; aber wir haben auch mit anderen Ernährungsmethoden in Anstalten ähnliche Erfolge erreicht, und erst eine Nachprüfung an anderem Material wird ein Urteil darüber gestatten, wieviel von den Störungen in dem Erfolg auf die Nahrung, wieviel wirklich auf das Milieu zu schieben ist.

Es ist selbstverständlich, daß gerade bei Versuchen mit einer Dauernahrung das Milieu und die Frage des Hospitalismus in den Vordergrund treten muß. Ich persönlich kann aus den Schilderungen nur den Eindruck gewinnen, als ob der wesentlichste Teil der Milieuschäden auf Rechnung mangelnder Pflege zu setzen sei. Es ist kein Zufall, daß unter den Anhängern des Hospitalismus in großer Anzahl Ärzte an Anstalten mit geringem Pflegepersonal vertreten sind. Durch die Arbeit von Schloß wird man an eine frühere Arbeit von Szana (Archiv für Kinderheilkunde, 44. B., S. 329) erinnert: Auch dort die Schädigung durch Säuglingsanhäufung, auch dort die therapeutischen Erfolge einer mehlreichen Säuglingsnahrung, als ob dies die gegebene Therapie für den Hospitalismus wäre.

Auch in einzelnen Fragen wird man dem Verf. nicht zustimmen können, so z. B. in der Frage von Brechendemien (S. 112), Säuglingsanhäufung (S. 150) usw. Aber es ist unmöglich, in einem Referat auf alle diese Fragen einzugehen. Auf der andern Seite wiederum wird eine große Zahl der klinischen Beobachtungen von allen Anstaltsärzten bestätigt werden.

Es ist dem Verf. als Verdienst anzurechnen, daß er dem Gespenst des Hospitalismus nicht aus dem Wege geht und den Versuch macht, diesem Gespenst eine greifbare Form zu geben. Aber ich glaube nicht, daß wir durch das vorliegende Buch in dieser Hinsicht erheblich vorwärts gekommen sind. Keller.

Birkenthals *Beiträge zur Kenntnis der Beziehungen der Zahnkrankheiten des Kindesalters zu Syphilis hereditaria, Rachitis und Tuberkulose.* (II. Aufl. bearbeitet von Günther Fritzsche. Berlinische Verlagsanstalt, 1912.)

Die Beziehungen der Zahnheilkunde zur Pädiatrie sind — wofür das vorliegende Buch ein Beweis ist — gar nicht gering. Es ist demnach wohl zu verstehen, wenn bei den Zahnärzten das Bedürfnis besteht, etwas mehr über die Kinder zu hören, an deren Zähnen sich oft so

In der bereits in 2. Auflage erscheinenden ausgezeichneten kleinen Abhandlung sind auch die neuen Fortschritte in der Behandlung der Gicht gebührend berücksichtigt. Die knappe, klare Darstellung des wichtigen Gebietes, an dem auch der Pädiater nicht ohne Interesse vorübergehen kann, bedarf kaum noch besonders hervorgehoben zu werden. Thorspecken.

Wilhelm Türk. *Vorlesungen über klinische Hämatologie.* II. Teil, 1. Hälfte. (Wilhelm Braumüller, Wien und Leipzig, 1912.)

Vor ungefähr 8 Jahren ist der erste Teil der klinischen Hämatologie erschienen; äußere Gründe und Gründe, die im Stoffe selbst lagen, hatten den Verf. veranlaßt, die Fortsetzung seiner Vorlesungen so lange hinauszuschieben. Der erste Teil hatte im wesentlichen die Technik der Blutuntersuchung und die Histologie des Blutes gebracht. Da im Ablaufe dieser 8 Jahre eine Reihe wichtiger Arbeiten auf diesem Gebiete erschienen sind, bringt Verf. zuerst die Beschreibung der seit jener Zeit publizierten Methoden der Hämometrie, der Blutkörperchenzählung und die neueren Färbemethoden des Blutes selbst sowie die Methoden zur Darstellung der Zellgranula in Organschnitten; auch die Viskosimetrie und die neueren Methoden der Blutgerinnungsbestimmung werden erörtert. Jede Methode wird kritisch beleuchtet, ihre Vorzüge und die etwaigen Nachteile werden besprochen, so daß der Leser sofort orientiert ist, welche von den neuen Methoden für jeden Zweck am geeignetsten ist. In den folgenden Kapiteln werden die neuen Tatsachen über die Physiologie und Pathologie der Blutbildung und Blutregeneration mitgeteilt; auch die neueren Hypothesen finden eine ausführliche Darstellung; namentlich eingehend wird die Kontroverse Maximow-Domtschakoff und von Naegeli-Schridde erörtert und die eigene Anschauung des Verf. dargelegt. In den folgenden Kapiteln werden die Biologie und die Funktion der roten und weißen Blutkörperchen in ausführlicher kritischer Weise besprochen. Die folgenden Vorlesungen befassen sich in sehr interessanter, klarer Darstellung mit den verschiedenen Formen der Leukocytose; im Anschluß daran findet sich eine kurze Besprechung der Hypothesen über das Zustandekommen der Entzündung. Die letzten Kapitel behandeln die Blutzusammensetzung unter physiologischen Verhältnissen, den Einfluß des Alters, der Ernährung, des Höhenklimas und der Geschlechtsunterschiede auf das Blutbild; namentlich ausführlich werden die Tagesschwankungen der Blutzusammensetzung behandelt. Diese Aufzählung gibt ein ungefähres Bild von der Reichhaltigkeit des Inhaltes; überall tritt die große eigene Erfahrung des Verf. hervor; besonders hervorzuheben ist, daß das Tatsachenmaterial streng von den Hypothesen gesondert ist. Die gewählte Form der „Vorlesungen" verleiht den Darlegungen einen anregenden persönlichen Ton, so daß die Lektüre dieses Buches jedem, der sich mit Blutuntersuchungen beschäftigen will, sehr zu empfehlen ist.

Orgler.

H. J. Hamburger. *Osmotischer Druck und Ionenlehre in ihrer Bedeutung für die Physiologie und Pathologie des Blutes.* (Allg. med. Verlagsanstalt, Berlin, 1912, M. 2·—.)

In diesem kleinen Buche setzt der bekannte Verf. in knapper klarer Form auseinander, in welcher Weise die Zusammensetzung des Blutes und die Eigenschaft der roten und weißen Blutkörperchen vom osmotischen Druck abhängig sind. Hamburger geht ganz elementar von der Bedeutung der Isotonie aus, bespricht die Methoden der Bestimmung des osmotischen Druckes, geht ausführlich auf die „physiologische Salzlösung" ein, stellt dann in knapper Form den Einfluß des respiratorischen Gaswechsels, d. h. die Wirkung des CO_2 auf die Verteilung der einzelnen Blutbestandteile auf Serum und Blutkörperchen dar, kommt kurz auf die Bedeutung dieser Verhältnisse für die Diagnose und Therapie der Herzkrankheiten zu sprechen und stellt zum Schluß dar, wie durch Änderungen des osmotischen Druckes die weißen Blutkörperchen, gemessen an der Fähigkeit der Phagocytose, beeinflußt werden. Stets werden die Ausführungen durch Experimente belegt; was hypothetisch ist, ist als solches gekennzeichnet. Dem kleinen Werke, dessen Lektüre angelegentlich empfohlen werden kann, ist zum Schluß ein ausführliches Literaturverzeichnis beigegeben. Orgler.

G. Schmorl. *Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden.* (6. Aufl., F. C. W. Vogel, Leipzig, 1912.)

Die letzten Auflagen sind ziemlich regelmäßig nach zweijährigem Zwischenraum erschienen, ein Beweis dafür, daß das Buch dem Bedürfnis entspricht. An der neuen Auflage ist diesmal verhältnismäßig wenig geändert; die Abschnitte über den Nachweis der fettigen Substanzen und über die fettige Degeneration sowie über die Darstellung der Glia wurden umgearbeitet. Keller.

Freiherr von Eiselsberg. *Aus der Werkstatt des Chirurgen.* (Leipzig und Wien, 1912.)

Das Buch enthält einen im Wiener Volksbildungsverein gehaltenen Vortrag Eiselshergs über das gleiche Thema. Er ist eine für Laien und auch für Ärzte interessante Lektüre. Birk (Kiel).

Formulae magistrales germanicae. (*F. M. G.*) (Im Auftrage des Deutsch. Apothekervereins bearbeitet von Lewin. Selbstverlag d. Deutsch. Apothekervereins, 1912.)

Dem Unfug der zahllosen Fabrikpräparate, die den Arzneimittelmarkt überschwemmen, steuern zu wollen, ist ein dankenswertes Unternehmen. Der Weg, der hier eingeschlagen wird, ist aber sicher nicht der richtige und bedeutet keinen Fortschritt. Wenn auch manches Rezept der Sammlung geschickt komponiert ist und den Anspruch erheben kann, altbewährt zu sein, so wird doch durch ein derartiges doktrinäres Unternehmen das Bestreben des modernen Arztes nach pharmakologisch begründeter Arzneimitteltherapie in keiner Weise gefördert. Thorspecken.

Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte.

Bitte des Archivs der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte um Einsendung von Briefen, biographischen Aufzeichnungen und Nekrologen von Naturforschern und Ärzten.

I.

Nachdem das Archiv den Auftrag übernommen hatte, alles Aktenmaterial der früheren Verhandlungen deutscher Naturforscher und Ärzte zu sammeln und zu ordnen, lag es als selbstverständliche Nebenaufgabe mit im Plane, auch biographisches Material über die Träger aller dieser Ereignisse, die deutschen Naturforscher und Ärzte, zu sammeln. Andere Betätigungsarten deutschen Geisteslebens, namentlich nach der künstlerischen Seite hin, haben schon längst ihre Stelle, wo gewissenhaft alles zusammengetragen wird, was sich auf das Leben und Schaffen der betreffenden Kreise und ihrer einzelnen Vertreter bezieht. Für die Naturforscher und Ärzte fehlte bisher eine solche Sammelstätte. Das Archiv unserer Gesellschaft soll sie in Zukunft bilden.

Wir richten daher an alle Naturforscher und Ärzte Deutschlands das Ersuchen, in ihrem Besitze befindliche Briefe von Verstorbenen und Verwandten und Freunden, desgleichen biographische Aufzeichnungen und Nekrologe dem Archiv schenkweise oder leihweise in Verwahrung zu geben. Täglich werden ja alte Briefschaften vernichtet, die irgendwo als unnützer Ballast im Wege liegen; namentlich die Herren Ärzte als Familienberater, auch über ihren Beruf hinaus, können in dieser Hinsicht viel Gutes stiften und den Untergang unschätzbaren Aktenmaterials verhindern.

II.

Ebenso wichtig ist die Sammlung der in der Tagesliteratur erschienenen Lebensberichte bei festlichen Gelegenheiten und beim Todesfall (Nekrologe).

Die Archivleitung richtet an alle Naturforscher und Ärzte die Bitte, in ihrer Bibliothek nachzusehen, was von solchen Gelegenheitsschriften noch vorhanden ist und entbehrt werden kann. Das gleiche Ersuchen ergeht an die Redaktionen unserer naturwissenschaftlichen und medizinischen Zeitschriften für die Vergangenheit und für die Zukunft. Was etwa an alten Sonderabzügen von Nekrologen noch vorhanden ist, bitten wir ergebenst uns herüberreichen zu wollen. Besonders zu Dank verpflichten würden uns die verehrlichen Redaktionen, wenn sie für die Zukunft von allen Jubel- und Gedächtnisschriften über deutsche Naturforscher und Ärzte einen Sonderabzug für das Archiv zurücklegen und gelegentlich an dasselbe senden möchten: Leipzig, Talstraße 33, II.

Im Namen der Archivleitung
der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte:

Prof. Sudhoff.

Inhalt.

Th. Messerschmidt. *Sammelreferat über Bakteriologie 335.* — **Ernährung und Stoffwechsel. Troitzky.** *Künstliche Ernährung 358.* — **Maury.** *Zerealien in der Diätetik 358.* — **Schorer.** *Pasteurisierung 359.* — **Fuß.** *Laktobazillin 359.* — **Davidsohn.** *Pepsinverdauung 359.* — **Génévrier.** *Pylorusstenose 359.* — **Holst** und **Frölich** *360.*

Fürst *361.* **Frölich.** *Skorbut 362.* — **Schloß.** *Salzwirkung 362.* — **Samelson.** *Kochsalzfieber 363.* — **Marre.** *Mineralstoffwechsel 363.* — **Folin** und **Denis.** *Kreatinausscheidung 363.* — **Posner.** *Harnsediment 364.* — **Klinik der Kinderkrankheiten. Comby.** *Rachitis 364.* — **Pfaundler.** *Krankheitsanlagen 364.* — **Stophord.** *Coma diabeticum 365.* — **Faulhaber.** *Röntgendiagnostik der Magenkrankheiten 365.* — **Cockayne.** *Intestinale Myiasis 365.* — **Déléarde** und **Repellin.** *Anasarka 366.* — **Jundell** und **Fries.** *Anstrengungsalbuminurie 366.* — **Stettiner.** *Oxyuren 370.* — **Zybell.** *Pleuraempyem 370.* — **Buffet-Delmas.** *Anorexie 370.* — **Lévi** und **Rothschild.** *Thyreoideale Migräne 370.* — **Balteau.** *Mongolismus 371.* — **Bircher** und **Finkbeiner.** *Kretinenfrage 371.* — **Goett.** *Psychogene Akinesie 371.* — **Aviragnet, Blechmann** und **Huber.** *Diphtherie 371.* — **Tixier** und **Troisier.** *Scharlach 371.* — **Fédon.** *Masern 372.* — **Inaba.** *Keuchhusten 373.* — **Barbier** und **Gougelet.** *Tuberkulose 373.* — **Maillet. Aubertin.** *Tracheobronchialdrüsen 375.* — **Barrington-Ward.** *Coxa vara 376.* — **Göppert.** *Abknickung des Dickdarms 376.* — **Fritz.** *Hirschspringsche Krankheit 376.* — **Berichte.** *Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde 377.* — *Medizinische Gesellschaft zu Kiel 412.* — **Besprechungen. Lesage-Fischl.** *Lehrbuch der Krankheiten des Säuglings 413.* — **Comby.** *Consultations médicales 414.* — **Schloß.** *Säuglingsernährung 414.* — **Birkenthal.** *Zahnkrankheiten des Kindesalters und Lues hereditaria 416.* — **Basch.** *Ammenwahl und Ammenwechsel 417.* — **Eckert.** *Grundriß der Kinderheilkunde 418.* — **Engel.** *Grundfragen des Kinderschutzes 418.* — **Cassel.** *Erziehung des Kindes in den Spieljahren 418.* — **Esehle.** *Ernährung und Pflege des Kindes 418.* — **Echternach.** *Handbuch des orthopädischen Schulturnens 418.* — **Roeder** und **Wienecke.** *Jugendwanderung und Jugendkraft 419.* — **Jenners.** *Untersuchung über die Ursachen und Wirkungen der Kuhpocken 420.* — **Ortner.** *Spezielle Therapie innerer Krankheiten 420.* — **Mayr.** *Studien der Darmträgheit 420.* — **Meumann.** *Experimentelle Pädagogik 420.* — **Schittenhelm** und **Schmid.** *Gicht 421.* — **Türk.** *Vorlesungen über klinische Hämatologie 421.* — **Hamburger.** *Osmotischer Druck und Ionenlehre 422.* — **Schmorl.** *Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden 422.* — **v. Eiselsberg.** *Aus der Werkstatt des Chirurgen 422.* — *Formulae magistrales germanicae 422.* — *Bille des Archivs deutscher Naturforscher und Ärzte 423.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin W. 50., Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Straßburg | Göppert Göttingen | Knöpfelmacher Wien | Moro Heidelberg | Thiemich Magdeburg | Tobler Breslau
Berend Budapest | Comba Florenz | Johannessen Kristiania | Koplik New-York | Marfan Paris | Thomson Edinburg | Wieland Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XI. **Referate.** Nr. 7.

Fünftes Sammelreferat über Arbeiten aus der Lehre von der Tuberkulose (1910 und 1911).

Von Privatdozent **Dr. H. Schelble,**
dirig. Arzt des Kinderkrankenhauses in Bremen.

Monographien, Kongresse und Allgemeines.

Bandeliers und Roepkes (1) Lehrbuch erlebte im Jahre 1910 die 5. und im Jahre 1911 die 6. Auflage.

Auch die Tuberkulose im Kindesalter wird darin gestreift, in den Kapiteln Tuberkulindiagnostik und Tuberkulinbehandlung im Kindesalter. Aus diesen Kapiteln spricht weniger eigene Erfahrung als Literaturkenntnis. Sehr wichtig erscheint mir die Bemerkung: „Eine Erklärung dieser verschiedenen Ansichten und Erfahrungen (über Tuberkulintherapie im Kindesalter) mag darin liegen, daß die Tuberkulose des Kindes noch zu wenig gekannt ist und im Einzelfalle sehr verschiedenartig beurteilt wird."

Bandelier und Roepke, Klinik der Tuberkulose (2). Umfangreiches Werk mit 473 Seiten. 2 Kapitel berühren die Kinderheilkunde, das 14. die Skrofulose und 15. die Tuberkulose im Kindesalter. Die Verf. definieren die Skrofulose anders als die Mehrzahl der Pädiater. Sie sehen das Wesen der Skrofulose in dem, was uns als exsudative Diathese geläufig ist, und betrachten das Moment der Infektion mit Tuberkelbazillen nicht als obligat dazugehörig. So sind ihre Sätze erklärlich: „Ferner ist durch den negativen Ausfall der Tuberkulinprobe bei skrofulösen Kindern widerlegt, daß die Skrofulose nichts anderes als die tuberkulöse Erkrankung des Kindesalters sein kann";

und: „Die exsudative Diathese Czernys ist also eine nichttuberkulöse Form des Skrofulose." Da in diesem Werke jedoch „für die Behandlung der Einzelheiten in der Hauptsache die Bedürfnisse des Praktikers entscheidend waren", so soll auf diesen Punkt nicht weiter eingegangen werden. Es muß vielmehr als sehr erfreulich bezeichnet werden, daß bei dem, was für den Praktiker wichtig ist, bei der Behandlung der Skrofulose die Allgemeinbehandlung in erster Linie empfohlen wird. In diesem Punkte stimmt die Mehrzahl der Pädiater mit den Verff. überein. Ebenso damit, daß bei der Therapie der Tuberkulose im Kindesalter der große Wert der Allgemeinbehandlung durch klimatische Kuren und Bäder gebührend betont wird und daß bei der Knochen- und Gelenkstuberkulose der konservativen Behandlung der Vorzug gegeben wird, gegenüber verstümmelnden Operationen. Dagegen erscheint die unbedingte Empfehlung der Tuberkulintherapie bei der kindlichen Tuberkulose verfrüht. Sie ist noch nicht „durch zahlreiche Arbeiten so gefördert, daß an ihrer Zweckmäßigkeit bei richtiger Indikationsstellung kein Zweifel mehr besteht".

Was die Tuberkulindiagnostik anlangt, so scheint mir notwendig zu sein, eine zu diagnostischen Zwecken ausgeführte subkutane Tuberkulinprobe nicht nur bei Lungentuberkulose, sondern auch bei Bronchialdrüsentuberkulose älterer Kinder, bei der die Autoren Provokation einer Herdreaktion — vermehrter Husten, Stiche zwischen den Schulterblättern, vermehrtes Spannungsgefühl auf der Brust, intensiver Schmerz bei Perkussion der Interskapulargegend, eventuell Magenkrisen — empfehlen, in jedem Falle zu verwerfen, weil gefährlich.

In einigen Punkten aus dem Kapitel Entstehung, Verlauf und Pathologie der Kindertuberkulose haben sich die Autoren bestimmter ausgesprochen, als es nach unseren derzeitigen Kenntnissen erlaubt ist. Z. B. „Sicher kommt auch die aerogene Infektion im Kindesalter vor, aber sie tritt namentlich im Säuglings- und ersten Kindesalter zurück gegenüber der intestinalen beziehungsweise alimentären Infektion." Ferner: „Während der Jahre der Schulzeit steigt die Widerstandsfähigkeit der Gewebe, wenn auch nur wenig und zögernd, weiter. Als Ausdruck dafür finden wir die Tuberkelbazillen in denjenigen Organen festgehalten, die durch Anlage oder Wachstumsvorgänge besonders für Tuberkulose disponiert sind, in der Lunge, in den Knochen und Gelenken. So erklären sich die charakteristischen sekundären Tuberkuloseformen des mittleren Kindesalters." Wer sich über die Lehre von der Kindertuberkulose gründlich unterrichten will, darf sich mit der Lektüre der genannten Abschnitte dieser Lehrbücher nicht begnügen.

Auf der IX. internationalen Tuberkulosekonferenz in Brüssel (17) wurde vom Präsidenten der internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose betont, daß man im Kampfe gegen die Tuberkulose zuerst an das Kind denken müsse. Es wurde u. a. über Vererbung der Tuberkulose, über Schutz des Kindes gegen Tuberkulose und über Tuberkulose und Schule gesprochen.

Es ist auffallend, daß sich kein namhafter deutscher Pädiater an dieser für die Pädiatrie so wichtigen Diskussion beteiligt hat.

Bauer (4) gibt eine Übersicht über 53 neuere Arbeiten aus den Jahren 1907 bis 1909 über die Tuberkulose im Kindesalter.

Hamburger (6) ergänzt dieses Referat hauptsächlich durch Hinweis auf Arbeiten, die er selbst in diesen Jahren veröffentlicht hat.

Ranke (16) macht klinische Trennung in phthisische und nichtphthisische Lungentuberkulose auf Grund genetischer Unterschiede. Phthise könne nur auftreten nach Ablauf einer generalisierten Tuberkulose. Der kürzeste Zeitraum zwischen Auftreten größerer tastbarer Drüsentumoren und einer echten Phthise betrug nach Rankes Beobachtungen beim Erwachsenen 6 Jahre.

Kuhn (10) gibt Zusammenfassung aus Literatur und Praxis über Behandlung von Lungenkrankheiten, Blutarmut, Keuchhusten, Asthma, Kreislaufstörungen und Schlaflosigkeit durch die Lungensaugmaske.

van Calcar (5) berichtet in einer umfangreichen Monographie über ein von ihm hergestelltes Tuberkulotoxin.

1. Bandelier und Roepke. Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. 5. und 6. Auflage. 1911, Würzburg bei Kabitzsch.
2. Dieselben. Die Klinik der Tuberkulose. Handbuch der gesamten Tuberkulose für Ärzte und Studierende. Würzburg 1911 bei Kabitzsch.
3. Barbe-Oberlin. Contribution à l'étude clinique des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses au début chez l'enfant. Paris, Jouve et Ci 1911.
4. Bauer. Die Tuberkulose im Kindesalter. Übersichtsbericht (1907—1909), Internat. Zentralbl. f. d. ges. Tuberkuloseforschung, 1910, S. 227.
5. van Calcar R. P. Tuberkulose und Immunität. Leiden 1910, Bei S. C. van Doesburgh.
6. F. Hamburger. Ergänzung zu Bauers Übersichtsreferat. Zentralbl. f. d. ges. Tuberkuloseforschung 1910, S. 347.
7. Derselbe. Tuberkuloseerkrankung im Kindesalter. Brit. Tuberkulosekonferenz in Edinburgh, Juli 1910.
8. Derselbe. Tuberkulose und Kindheit. Österreichischer Tuberkulosetag, Mai 1911.
9. C. Hart. Die körperliche Fortbildung der schulentlassenen Jugend im Lichte der Tuberkulosebekämpfung. Bei Enke Stuttgart.
10. E. Kuhn. Die Lungensaugmaske in Theorie und Praxis. Berlin 1911 bei Springer.
11. Tr. Lorentz. Die Mitwirkung der Schule im Kampfe gegen die Tuberkulose bei J. Müller, Charlottenburg.
12. Sixth anual Report of the Henry Philipps Institute. Februar 1908 to Febr. 1910. Philadelphia 1912.
13. v. Pirquet. Allergie. Bei Springer Berlin 1910.
14. Derselbe. Über Tuberkulose des Kindesalters. Med. Sektion der Schlesischen Ges. f. vaterl. Kultur zu Breslau 1911.
15. K. Preisich. Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter. Beiblatt zu den Mitteilungen der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde, Wien 1911.
16. K. Ranke. Über das Verhältnis der Tuberkulose des Kindes zu der des Erwachsenen und seine Bedeutung für die Phthisiogenese. Jahresversammlung der Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte in München, Oktober 1910.
17. IX. Internationale Tuberkulosekonferenz in Brüssel. 5. bis 8. Oktober 1910.

A. Statistik und Verbreitung.

Koch (25) weist auf die starke Abnahme der Tuberkulosemortalität in Preußen hin. Sie betrug vom Jahre 1886 bis 1908 fast 50%. Dieser Rückgang ist nicht auf Verminderung der Gesamtsterblichkeit zurückzuführen, auch nicht auf Heilstättenbehandlung oder soziale Gesetzgebung, sondern auf verschiedene Faktoren, besonders auf bessere Krankenfürsorge, Isolierung der Phthisiker und Verbesserung der Wohnungsverhältnisse.

Nach Fränkel ('22) und Rosenfeld (29) läßt auch die Sterblichkeit der Kinder an Tuberkulose nach.

Peiper fand die Tuberkulose bei der Inderbevölkerung im Küstenbezirke Kilwe stärker verbreitet als bei den Negern.

Baginski (18) bekam bei 1919 Kindern in 226 der Fälle positive Kutanreaktion, und zwar im 1. bis 6. Monat in 5·4%, vom 10. bis 14. Jahre in 63%. Diese Zahlen sprechen nicht für Infektion etwa durch Milch. Primäre Darmtuberkulose fand er nur in 8% der Fälle.

Besbokowa (19) entdeckte in einer Schule im Kiewschen Gouvernement bei 30% aller Schulkinder Skrofulose. Auch litten viele an tuberkulösen Knochenerkrankungen. Sie glaubt, Trauma durch weite Schulwege und Tragen von Lasten spiele eine Rolle dabei.

Zwei sehr interessante Tuberkulosestudien an der Landbevölkerung verdienen besonders hervorgehoben zu werden.

Doerner (21) fand in einer ortsanalytischen Untersuchung auf dem Lande, daß bei Kindern die Tuberkulose am häufigsten ist, wenn beide Eltern tuberkulös sind, sonst ist sie häufiger bei Tuberkulose der Mutter als bei Tuberkulose des Vaters. Kinder tuberkulöser Väter erreichten zu 50% das 25. Lebensjahr, Kinder tuberkulöser Mütter nur zu 33%. Am ungünstigsten war der Einfluß der tuberkulösen Mutter auf Kinder in den beiden ersten Lebensjahren. Ferner fand er, daß die Tuberkulose in kleinen Wohnungen doppelt so häufig ist als in geräumigen. Der Einfluß der Landwirtschaft kann nicht als günstig bezeichnet werden. Je größer der Betrieb und je geringer dabei die Zahl der Arbeitskräfte, um so größer war die Tuberkulosesterblichkeit.

Hillenberg (24) untersuchte Kinder aus Ortschaften, in denen mit Sicherheit in einer längeren Reihe von Jahren offene Phthisen nicht vorgekommen sind, auf Kutanreaktion. Es erwies sich das schulpflichtige Alter nur zum kleinen Teil tuberkulös infiziert. In Ortschaften, in welchen seit mindestens 10 Jahren Tuberkulose sicher nicht vorgekommen ist, reagierte ein Viertel der untersuchten Kinder positiv nach Pirquet. Die Quelle für diese Infektionen ließ sich auch bei dieser Studie nicht feststellen. Er glaubt, daß die Tuberkulose Erwachsener in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht auf Infektion im Kindesalter, sondern primär entstehe. Er fand, daß sich Kochsches A. T. und P. T. zu differential-diagnostischen Zwecken nicht verwenden lasse, da Gruppenreaktion im Spiel sei.

18. Baginski. Sur la propagation de la tuberculose chez les enfants. La Revue internat. de la Tub., XVIII, Nr. 1.
19. M. Besbokowa. Skrofulose und Tuberkulose unter den Bauernkindern. Russky Wratsch, 1911.
20. C. Claeys. Statistique des enfants traités dans le service du Dr. Broca, pour tuberculose chirurgicale. Ord. de Méd. des Enf., 1910, S. 361.
21. Doerner K. Ein Beitrag zur Pathogenese der Tuberkulose. Beitr. z. Klin. der Tuberkulose, 1911.
22. B. Fränkel. Tuberkulosemortalität in Preußen im Jahre 1910. Tuberculosis 1911.
23. B. Fränkel. Tuberkulose und Lebensalter. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1911.
24. Hillenberg. Weiterer Beitrag zur Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose. Tuberculosis 1911.
25. R. Koch. Epidemiologie der Tuberkulose. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 67.
26. Medizinalstatistische Nachrichten. II. Jahrgang 1910.
27. E. Metchnikoff, E. Burnet et L. Torassevitch. Recherches sur l'épidémologie de la tuberculose dans les steppes des Kalmonts. Ann. d. l'inst. Pasteur, 1911, S. 785.
28. Peiper. Die v. Pirquetsche kutane Tuberkulinreaktion bei den Farbigen Deutsch-Ostafrikas. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1911, Beiheft 2.
29. Rosenfeld. Die Abnahme der Lungentuberkulose in Wien. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1911.

B. Heredität und Disposition.

In 469 von Pissavy (35) untersuchten Familien ohne Tuberkulose der Eltern mit zusammen 1428 Kindern erwiesen sich 123 = 8% als tuberkulös. In 100 Familien, in denen eines der Eltern tuberkulös war, fanden sich unter 292 Kindern 93 tuberkulös = 31%. Unter den Kindern von 46 tuberkulösen Müttern wogen nach Voron (41) 14 bei der Geburt weniger als 1500 g; 32 unter 2950. Von 39 Kindern, die er weiter beobachten konnte, waren 14 noch am Leben und 26 waren gestorben.

Eine sehr interessante und klinisch wichtige Studie verdanken wir Pollak (36 und 37). Von zirka 200 Kindern in sicher tuberkulöser Umgebung reagierten nur 9 auf Tuberkulin nicht. Erkrankt waren in manchen tuberkulösen Familien bald alle Kinder, in manchen nur ein Teil, in manchen gar keines. Wenn er nach sorgfältiger Anamnese den Beginn der Erkrankung des Infektionsvermittlers feststellte, so fand er, daß die Kinder, die zur Zeit älter als 4 Jahre waren, meist nicht an manifester Tuberkulose erkrankten, während die jüngeren daran erkrankten. War ein Teil der Eltern bei der Geburt des ersten Kindes schon erkrankt, dann wurden alle Kinder tuberkulosekrank, trat aber die Erkrankung erst nach mehrjähriger Ehe auf, dann blieben die älteren Kinder (über 4 Jahre) im allgemeinen von klinisch wahrnehmbarer Krankheit verschont. Man kann sich diese Erscheinung nach Pollak nur durch zunehmende natürliche Tuberkulosefestigkeit (Engel) erklären, weniger gut durch Annahme einer gewissen Immunität infolge früher durchgemachter Infektion (Hamburger). Denn nur zirka 50% der 5- bis 6jährigen Kinder reagieren

überhaupt auf Tuberkulin. Die Tuberkuloseerkrankungen älterer Kinder lassen meist auf Infektion in den ersten Lebensjahren schließen, denn es gelang entweder Feststellung einer Infektionsquelle zu damaliger Zeit oder Nachweis von tuberkulösen Affektionen, die in den ersten Jahren schon bestanden hatten. Pollak glaubt, der sogenannte tuberkulöse Habitus (Magerkeit, Schlaffheit der Muskulatur, lange Wimpern, Behaarung zwischen den Schulterblättern und an den Schläfen) entwickle sich erst Monate nach der stattgehabten Infektion, sei aber nicht absolut spezifisch. Friedjung (Diskussion) hat ihn in zahlreichen Fällen bei Kindern gesehen, die noch gar nicht auf Tuberkulin reagieren, eine Beobachtung, die man an großem Krankenmaterial bei vielen debilen Kindern stets machen kann und die es verbietet, bei solchen Kindern von tuberkulösem Habitus zu sprechen.

Preisich (15) hält germinale Tuberkulose nicht für erwiesen, angeborene für selten, ferner hält er eine spezifische von tuberkulösen Eltern ererbte Prädisposition für Tuberkulose nicht für wahrscheinlich. Für wahrscheinlicher hält er eine kongenitale, aber nicht spezifische und nicht nur an tuberkulöse Eltern sich haltende mindere Widerstandskraft; eine solche ließe sich auch im Leben erwerben.

Die Tuberkulose des Säuglingsalters sei in überwiegender Zahl, die des Kindesalters immer eine erworbene Krankheit.

Sobotta (38) hält Kalkverarmung des Organismus für das Wesen der tuberkulösen Disposition.

Walsch (43) bestreitet hereditäre Disposition zur Tuberkulose.

Zappert (14) fand unter 125 Fällen von tuberkulöser Meningitis 88 Brustkinder und glaubt, daß Art der Ernährung bei dieser Krankheit ohne Bedeutung sei.

Nach Lenenberger (33) kann Übergang von Tuberkelbazillen von Mutter auf Fötus erfolgen, auch ohne daß die Plazenta tuberkulöse Veränderungen anfweist.

Straß (40) beschreibt einen Fall von angeborener Tuberkulose bei einem Kalb. Das Muttertier hatte Tuberkulose der Lungen und Bauchorgane. Uterus und Ovarien waren frei von makroskopischer Tuberkulose.

30. P. Delmas. Tuberculose pulmonaire congénitale. L'Obstétrique, 1910, S. 534.
31. A. Gergeli. Zwei Fälle von kongenitaler Tuberkulose. Orvosi Hetilap, 1910.
32. A. Hamm. Zur Frage der kongenitalen Tuberkulose. Zentralblatt f. Gynäkol., 1910.
33. G. Lenenberger. Beiträge zur plazentaren und kongenitalen Tuberkulose. Beiträge z. Geb. u. Gynäkol., 1910.
34. J. Novak und F. Rangel. Über den Tuberkelbazillennachweis in der Plazenta tuberkulöser Mütter. Wiener klin. Wochenschrift, 1910.
35. A. Pissavy. Fréquence comparée de la tuberculose chez les descendants de non tuberculeux. La clinique infantile 1910, S. 14.
36. R. Pollak. Das Kind im tuberkulösen Milieu. Mitteilung der Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien 1910.
37. Derselbe. Das Kind im tuberkulösen Milieu. Beitrag zur Klin. der Tuberkulose, 1911.

38. E. Sobotta. Über die tuberkulöse Disposition und ihre Bekämpfung. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1911.
39. N. Strandgård. Erblichkeit der Disposition zur Lungenschwindsucht. Hospitalstidende 1911.
40. Strauß. Angeborene Tuberkulose. Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene, 1910, S. 129.
41. M. Voron. De la survie des enfants d'accouchées atteintes de tuberculose pulmonaire. Bull. de la Soc. d'Obstétr. de Paris et des réunions Obst. de Lyon, de Montpellier et de Lille, 1911, 14, 61.
42. E. Wahlen. La tuberculose congénitale. Revue d'hyg. et de méd. infantiles, 1910, S. 352.
43. J. Walsch. A plea against the teaching of a hereditaery predisposition to tuberculosis. Tuberculosis 1911.
44. Zappert. J. Brusternährung und tuberkulöse Meningitis. Wiener med. Wochenschr., 1910.

C. Kasuistik und pathologische Anatomie.

Trewes und Schreiber (105) beschreiben bei einem 14jährigen Knaben allmählich sich entwickelnde tuberkulöse Affektionen der Haut des rechten Beines, am Fuße in Form von papillomatösen Effloreszenzen, am Ober- und Unterschenkel gummiartige Knoten. Lues war ausgeschlossen. Der Hautprozeß ist nach Ansicht der Autoren von einem tuberkulösen Knochenherd am Fuße ausgegangen.

Gaujoux et Maillet (68) sahen einen 7jährigen tuberkulösen Knaben an Haemoptoe ad exitum kommen. Die Haemoptoe stammte nicht aus einer Kaverne, sondern aus dem Gewebe der peribronchialen Lymphdrüsen.

Koch (81) beobachtete Durchbruch einer verkästen tuberkulösen Drüse in Trachea und Verstopfung der Hauptbronchien mit den ausgetretenen käsigen Massen; Exitus.

Hock (77) berichtet über auffallend rasche Entwicklung der Symptome einer Bronchialdrüsentuberkulose.

An der Hand eines ziemlich großen Materials zeigt Pollak (91 und 92), daß Säuglingstuberkulose nicht absolut schlechte Prognose gibt, ferner daß Brustnahrung keinen ausschlaggebenden Einfluß hat. Die Prognose hängt in der Hauptsache von der Schwere der Infektion ab. Er glaubt, daß tuberkulöse Affektionen älterer Kinder meist als Rezidive von Infektionen in frühester Kindheit aufzufassen sind.

Die pathologische Anatomie spricht nach Preisich (15) gegen die Annahme, als wäre die Tuberkulose der Erwachsenen immer auf eine Infektion im Kindesalter zurückzuführen. Auch die Lungentuberkulose im schulpflichtigen Alter sei auf eine zu dieser Zeit stattfindende Infektion zurückzuführen. Hamburger (Diskussion zu Preisich) stimmt dem nicht bei; er nennt diese Form die tertiäre und führt sie auf Infektion, die vor mehreren Jahren geschehen sei, zurück. Er hält diese seine schon öfter vorgetragene Anschauung für „logisch gut begründet". Er hält Kinder mit ausgeheilter Tuberkulose für immun gegen neue Tuberkuloseinfektionen und glaubt, daß man die positive Tuberkulinreaktion als Indikator eines gewissen

Grades von Immunität gegen tuberkulöse Infektionen ansehen könne. Klinische Beweise hierfür bringt er allerdings nicht.

An anderer Stelle (73) glaubt er, man könne die Phthise vielleicht als Exazerbationsprozeß auffassen, der sich an Reinfektionsstellen etabliert, an denen nach früheren Infektionen die Bazillen nicht abgetötet, sondern nur abgeschwächt worden waren. Da die Ausheilung von Reinfektionen wahrscheinlich vom Grade der Durchblutung und Durchlüftung abhängt, so sei erklärlich, weshalb die Ausheilungsbedingungen in den Lungenspitzen am schlechtesten seien.

Bacmeister (52) konnte in sehr schönen Tierversuchen experimentell beweisen, daß durch eine Stenose der oberen Brustapertur eine mechanische Disposition der Lungenspitzen für die Ansiedlung des Tuberkelbazillus gegeben ist. Für die Praxis folgt die wichtige Lehre, daß alles, was zur Verringerung der oberen Thoraxapertur beiträgt, zu bekämpfen ist.

Kurashige (82) konnte in 155 Fällen von leichterer und schwererer Lungentuberkulose ebenso bei 50% unter 34 scheinbar Gesunden säurefeste Stäbchen im strömenden Blut nachweisen. Auch bei 8 vor 9 Monaten durch intravenöse Injektion tuberkulös gemachten Kaninchen konnte er positive Resultate erhalten. Er benutzte ein modifiziertes Verfahren nach Stäubli-Schnitter. Die Befunde haben nach K's Ansicht diagnostischen, aber keinen prognostischen Wert.

Jessen und Rabinowitsch (79) und Acs-Nagy (45) gelang ebenfalls der Nachweis von säurefesten Stäbchen im Blute; sie schreiben ihm ebenfalls nur diagnostische, aber keine prognostische Bedeutung zu.

Mommen (87) fand mit der kombinierten Antiformin-Ligroinmethode säurefeste Stäbchen im Blute auch bei leichten Fällen von Tuberkulose.

Betke (55) stellte im Inhalte des Ductus thoracicus von 30 tuberkulösen Leichen 21 mal Tuberkelbazillen im Tierversuch fest. Darunter waren 17 Fälle von chronischer Lungen- und Darmtuberkulose; unter den 9 Fällen ohne Bazillen waren 4 Lungen- und Darmtuberkulosen. Bei mehreren Fällen, in denen Tuberkelbazillen in der Duktuslymphe waren, fand sich Neuerkrankung der Lungen in der kleinknotigen disseminierten Form.

Strandgård (101) fand bei 2432 Phthisikern in 16% beide Lungen ergriffen, in 63% die rechte und in 37% die linke am stärksten. Nur im III. Stadium überwog die Erkrankung der linken Lunge.

Hutinel (78) hebt die Häufigkeit der Bronchektasien im jugendlichen Alter hervor und weist darauf hin, daß sie oft mit Tuberkulose verwechselt wird.

Schaps (99) beschreibt einen durch Obduktion sichergestellten Fall von tuberkulöser Meningitis im Säuglingsalter, bei dem alle prägnanten klinischen Symptome gefehlt hatten und der sich über 2 Monate hingezogen hatte. Es wurden nicht einmal Fieber, Puls-

irregularität, motorische Reizerscheinungen und Nackensteifigkeit festgestellt. Auch Hyperästhesie fehlte.

Archangelsky (48) stellt die bisher beschriebenen Fälle von Heilung bei sichergestellter tuberkulöser Meningitis zusammen und fügt einen hinzu. 8jähriges Mädchen, dessen Bruder 3 Tage vor ihrer Erkrankung an Meningitis tuberculosa gestorben, zeigt meningitische Symptome und Tuberkelbazillen im 1. Punktat; in den nachfolgenden nicht mehr, aber Vermehrung der Lymphozyten. Nach 77 Tagen nur noch geringe Parese des Fazialis, nach 10 Monaten keine Zeichen überstandener Meningitis mehr. Er glaubt, die Lumbalpunktion sei an der Heilung beteiligt.

Dunn (64) sah bei einem 6jährigen Mädchen das Bild der tuberkulösen Meningitis mit Ausgang in Heilung nach 4 Wochen. Im Liquor konnte er Lymphozytose und säurefeste Bazillen nachweisen. Feststellung der Identität mit Tuberkelbazillen durch Tierversuch wäre in einem solch wichtigen Fall nötig gewesen.

Beck (54) teilt einen Fall von tuberkulöser Meningitis mit, der innerhalb von $4^1/_2$ Monaten nach anfänglich ziemlich schweren Symptomen (Tuberkelbazillen positiv) deutlich Besserung zeigte, dann aber rasch ad exitum kam. Diagnose wurde durch Obduktion bestätigt.

Wiel et Péhu (112) besprechen 2 Fälle von Peritonealtuberkulose im Säuglingsalter. Aszites sei weniger häufig als die trockene Form.

Cassel (61) berichtet über spontane Ausheilung von tuberkulöser Peritonitis. Operation gebe nicht immer günstige Resultate.

Tappeiner (102) beschreibt Pylorusstenose bei einem 12jährigen Kinde infolge hühnereigroßen tuberkulösen Tumors am Pylorus. Heilung durch Gastroenterostomie.

Amenomiya (47) fand bei 7 unter 25 Darmgeschwüren histologisch regenerative Vorgänge. Die zerstörte Muskularis wurde nicht wieder ersetzt, aber sonst regenerierte sich das Gewebe ähnlich wie bei typhösen Darmgeschwüren.

Birch-Hirschfeld (56) beschreibt bei einem Kinde Tuberkulose der Orbita, die unter dem klinischen Bilde eines malignen Orbitaltumors sich entwickelte.

Schütz und Videky (100) unterscheiden 2 Formen von Phlyktänen. Die exsudative Form des Phlyktänen reagiert nicht auf Tuberkulin. Die auf tuberkulöser Grundlage beruhende reagiert positiv.

Igersheimer (80) fand bei 30% unter 15 phlyktänekranken Kindern Pirquet negativ; anderseits bei aktiver Tuberkulose Phlyktänen nur dann, wenn es sich um jugendliche Individuen handelte. Die Phlyktänen bei Nichttuberkulösen werden auf exsudative Diathese zurückgeführt. Die Entstehung der Phlyktäne wird — wie es auch Rosenhauch getan — auf ektogen wirkende Bakteriengifte zurückgeführt.

Colombo (63) hält die skrofulöse Keratokonjunktivitis für das Resultat einer Autointoxikation.

Marfan (84) glaubt, die Tuberkulose sei in 25% der Fälle schuld an Rachitis.

Zieler (114) konnte mit Lösungen aus Tuberkelbazillen (ohne korpuskuläre Elemente) das histologische Bild der Hauttuberkulose erzeugen.

Pick (90) beschreibt einen Fall von sehr ausgedehnter und in kurzer Zeit erfolgter Eruption von Effloreszenzen, die er als papulonekrotisches Tuberkulid anspricht, bei gleichzeitigem Bestehen von Lichen scrofulosorum am Rücken, Hals und Gesicht. In der Diskussion erklären sich Hochsinger und Spieler mit der Tuberkulosenatur des Exanthems nicht einverstanden.

Hochsinger (Diskussion zu Preisich) berichtet über Ausheilung zweier Fälle von Tuberkulose im frühesten Kindesalter bei außerordentlich günstigen hygienischen und sozialen Verhältnissen. Bei dem einen Kind, einem Säugling, war der Herd nicht zu finden, das andere, ein 3jähriges Kind, hatte ein pleuritisches Exsudat.

Bahrdt (53) stellte im 4. Monat Bronchialdrüsentuberkulose fest. Der Knabe lebte mit $1^1/_2$ Jahren noch; wieder ein Fall, der zeigt, daß die Säuglingstuberkulose keine absolut schlechte Prognose gibt, wenn das Kind rechtzeitig aus seiner tuberkulösen Umgebung entfernt wird.

Ferner berichtet er über tödlich verlaufene Säuglingstuberkulose mit starkem Stauungsödem des Gesichts und besonders der Lippen infolge Druckes der Bronchialdrüsen auf die Venen.

Nutt (258) berichtet über einen interessanten Fall von alter Hüftgelenkstuberkulose. Eine Erwachsene litt seit ihrem 4. Lebensjahre an Coxitis tuberculosa und trug einen Stützapparat. Dieser wurde auf ihre Bitte entfernt und außerdem wurde Massage eingeleitet. Darauf bekam sie akute Exazerbation mit ausgedehnter Zerstörung des Gelenkes.

45. St. Acz-Nagy. Der Nachweis von Tuberkelbazillen im strömenden Blut. Gyógyászat 1910.
46. Allan. J. Persistent chronic bronchitis in children. Practitioner Apl., 1910, S. 532.
47. R. Amenomiya. Über die Regeneration des Darmepithels und der Liebeskühnschen Krypten an tuberkulösen Darmgeschwüren. Virchows Arch., Bd. 201.
48. W. G. Archangelsky. Zur Frage über die Möglichkeit einer Heilung der Meningitis tuberculosa. Jahrb. f. Kinderheilk., 1911, S. 155.
49. M. Askanazy. Die Gefäßveränderungen bei der akuten tuberkulösen Meningitis. Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. 99.
50. Aviragnet et Tixier. Formes curables de la Tuberculose aigue chez l'enfant. Ann. de méd. et chir. inf., 1910, S. 725.
51. Th. Axenfeld. Über die Bedeutung der Tuberkulose in der Ätiologie der intraokularen Hämorrhagien und der proliferierenden Veränderungen in der Netzhaut, besonders bei Tuberkulösen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1911.
52. Bacmeister. Entstehung und Verhütung der Lungenspitzentuberkulose. Deutsche med. Wochenschr., 1911.
53. H. Bahrdt. Säuglingstuberkulose. Verein f. innere Med. u. Kinderheilk., Berlin, 26. Juni 1911.
54. Beck. Chronische tuberkulöse Meningitis. Vers. der Vereinig. südwestdeutscher Kinderärzte zu Frankfurt a. M., 11. Dezember 1911.

55. R. Betke. Über das Auftreten von Tuberkelbazillen in der Lymphe des Ductus thoracicus. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., Bd. 5.

56. Birch-Hirschfeld. Zur Kenntnis der Tuberkulose der Orbita und des Sehnerven usw. Zeitschr. f. Augenheilk., 1910.

57. F. Boymann. Über den Einbruch miliarer Tuberkel in die Lymphgefäße. Virchows Arch., 1911, S. 304.

58. Braillon. La fièvre tuberculeuse preméningitique. La clinique infantile, 1910, S. 391.

59. A. Broca. Ostéo-arthrites tuberculeuses précédées de typhobacillose, Tuberculose osseuse à foyers multiples. Revue de la Tub., 1911.

60. V. Brun et Bongioannini. Les altérations functionnelles et anatomiques du foie des enfants, dans la tuberculose chirurgicale. Arch. de Méd. des Enfants, 1910, S. 321.

61. Cassel. Klinischer Beitrag zur Peritonitis tuberculosa bei Kindern. Berliner klin. Wochenschr., 1911.

62. P. Chaussé et L. Pissot. Le processus de la caséification dans la tuberculose humaine. Compt. rend. de l'Acad. des Soc., 1911, S. 108.

63. L. Colombo. Über die Pathogenese der ekzematösen Keratokonjunktivitis. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1911.

64. C. Dunn. The cyto-diagnosis of tuberculosis meningitis and the possibility of recovery. Arch. of Ped., 1910.

65. Ehrhardt. Primäre Tuberkulose der Mundschleimhaut und des Unterkiefers nach Zahnextraktion. Deutsche med. Wochenschr., 1911.

66. Ferrand. Note sur un cas de Tuberculose pulmonaire chez un nourrisson de cinq semaines. La clinique inf., 1911, S. 54.

67. G. Fiore. Un caso du tubercoli cerebrali clinicamento et anatomicamente guariti. Rivist. di cl. pediatrica, 1911, S. 885.

68. Gaujoux et Maillet. Tuberculose polyviscérale chez l'enfant. Ann. de Méd. et Chir. inf., 1911, S. 291.

69. Gonnet. Mouvements choréiformes et meningite tuberculeuse Press. Med., 1910.

70. E. Gorter. Over exsudative diathese lymphatismus en scrofulose constitutic en hunne betrekking tot Tuberculose. Geneeskundige Bladen, Bd. 15.

71. L. Guinon. Hémoragie méningé foudroyante chez un garcon de 17 ans atteint de tuberculose ganglionnaire. Bull. de la Soc. de Pédiatrie, 1911, S. 249.

72. L. Guinon et H. Grenet. Méningite a méningocoques et a bazilles de Koch associés. La clinique inf., 1911, S. 545.

73. Fr. Hamburger. Über tuberkulöse Exazerbation. Wiener klin. Wochenschr., 1911.

74. Derselbe. The incidence of tuberculosis in childhood. Brit. Med. Journ., 1910, S. 76.

75. P. Hein. Die Konstitutionslehre in der Kinderheilkunde. Jahresbericht des Budapester Ärztevereins, 1910.

76. R. Hertz und O. Thomsen. Eine Untersuchung der skrofulösen Kinder des Küstenhospitals mittels der v. Pirquetschen und Wassermannschen Reaktion. Hospitalstidende, 1910.

77. A. Hock. Ein eigentümlicher Fall von Tuberkulose. Mitteilungen d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien 1911.

78. Hutinel. Über die kleinen Bronchektasien bei Kindern. Presse Med., 1911.

79. Jessen und Rabinowitsch. Über das Vorkommen von Tuberkelbazillen im kreisenden Blut und die praktische Bedeutung dieser Erscheinung. Deutsche med. Wochenschr., 1910.

80. Igersheimer. Über die Beziehungen von Skrofulose, Lymphatismus, exsudativer Diathese zu den phlyktänulären Erkrankungen des Auges. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1910, S. 593.

81. H. Koch. Durchbruch einer verkästen tuberkulösen Lymphdrüse in die Trachea. Mitteilungen der Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk., Wien 1911.
82. T. Kurashiga. Über das Vorkommen der Tuberkelbazillen im strömenden Blut der Tuberkulösen. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1911.
83. Lebenhart. Über Tuberkulose der Orbita. Arch. f. Augenheilkunde, 1911.
84. Marfan. Rachitismus und Tuberkulose. Presse Med., 1910.
85. W. Milligan. Aural tuberculosis in children. Brit. Med. Journ., 1910, S. 1693.
86. O. Mizoguchi. Ein Beitrag zur Lokalisation der Tuberkulose im Kindesalter. Diss. München, 1910.
87. H. Mommen. Über den Nachweis von Tuberkelbazillen im strömenden Blute und seine praktische Bedeutung. Diss. Gießen, 1911.
88. E. Moro und L. Kolb. Über das Schicksal von Ekzemkindern. Monatschr. f. Kinderheilk., Bd. 9, S. 428.
89. A. Natanson. Zwei Fälle von solitärer Tuberkulose des hinteren Augenabschnittes im frühen Kindesalter. Klin. Monatschr. f. Augenheilk., 1910.
90. W. Pick. Ein Fall von papulo-nekrotischem Tuberkulid in fast universeller Ausbreitung bei gleichzeitiger Anwesenheit eines Lichen scrofulosorum. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 18. Mai 1911.
91. R. Pollak. Säuglingstuberkulose. Mitteil. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk., Wien 1910.
92. Derselbe. Über Säuglingstuberkulose. Beitr. z. Klin. der Tuberkulose, 1911.
93. A. Poncet. Toxi-infection tuberculeuse polymorphe. Gaz. des hôp., 1911, S. 601.
94. Rankin G. Meningitis in children. Brit. med. Journ., 1910, S. 1045.
95. H. Rich. Tuberculosis in children: Some aspects of the problem. Pédiatrics 1911, S. 148.
96. Cl. Riviere. Phthisis in children. Lancet 1910, S. 155.
97. Ch. Robert. Observation d'un cas de Rachitisme avec hypotrophie et tuberculose. La clinique infantile 1910, S. 75.
98. M. Rondinesco. Grande hypotrophie chez un nourrisson causée par des lesions de tuberculose chronique pulmonaire. La clinique infantile, 1910, S. 73.
99. L. Schaps. Ein bemerkenswerter Fall von tuberkulöser Meningitis im Säuglingsalter. Zentralbl. f. Kinderheilk., 1911, S. 407.
100. A. Schütz und Videky. Zur Klärung der Ätiologie der phlyktänulären Augenerkrankungen auf Grund von 102 neueren Beobachtungen. Wiener klin. Wochenschr., 1910.
101. N. Strandgård. Welche Lunge wird vorzüglich von Tuberkulose angegriffen? Hospitalstidende 1910.
102. v. Tappeiner F. Beitrag zur Kenntnis der tuberkulösen Pylorusstenose. Beitr. z. klin. Chir., 1910.
103. L. Tixier. Hypotrophie sans rachitisme dans un cas de tuberculose. La clinique infantile, 1910, S. 70.
104. Derselbe. Tuberculose et Hypotrophie infantile. La clinique infantile, 1911, S. 265.
105. A. Trèves. et G. Schreiber, Tuberculose verruqueuse et rupiacée de tout un membre inférieur, consécutive à une lésion osseuse du premier métatarsien. Bull. de la Soc. de Péd., 1911, S.75.
106. Dieselben. Spina ventora tuberculeux du tibia. Bull. de la Soc. de Péd., 1911, S. 449.
107. H. Triboulet et Ribadeau-Dumas. Osteopériostites nodulaires symétriques des os plats du crane chez les nourrissons tuberculeux. Arch. de Méd. des Enfants, 1910, S. 731.
108. S. Veras. Reflexions sur trois cas de rhumatisme tuberculeux. Bull. de la Soc. de Péd., 1911, S. 321.

109. P. Vignard et L. Thévenot. 3 cas de Tuberculose testiculaire chez l'enfant. La Prov. méd., 1911.
110. H. Waldenström. Die Tuberkulose des Collum femoris im Kindesalter. Stockholm (Norstedts Söhne) 1910.
111. M. Wakushima. Über das Verhalten der Tuberkulose in Säuglingsorganismus. Arb. aus. d. Pathol. Inst. zu Tübingen, Bd. VII.
112. E. Weill et M. Péhu. La peritonite tuberculeuse de nourrisson. Arch. de la méd. des enfants, 1909, S. 415.
113. A. Wilke. Zur Pathogenese der tuberkulösen Meningitis. Habilitationschrift Kiel, 1910.
114. Zieler. Experimentelle und klinische Untersuchungen zur Frage der toxischen Tuberkulosen der Haut. Arch. f. Dermatol. u. Syph., 1910.

D. Infektionswege.

British Roy. Comm. (115) fand, daß ein großer Teil von tuberkulösen Erkrankungen im Kindesalter — bei Abdomidaltuberkulose fast 50% — auf Typus bovinus zurückgeführt werden konnte. Von 107 Milchproben enthielten 16% virulente Tuberkelbazillen. Bei 18 Kindern von Milchhändlern, die rohe Milch getrunken hatten, stellte Heß (119) innerhalb von 3 Jahren eine Erkrankung an Tuberkulose der Zervikaldrüsen fest. Im Eiter dieser Drüsen wurde Typus bovinus gezüchtet. Nur 4 Kinder reagierten auf Tuberkulin. Die anderen waren gesund geblieben. Verf. fürchtet Infektion besonders durch öftere Zuführung kleiner Mengen von Bazillen. Er hält Infektion des Kindes durch Butter nicht für ausgeschlossen.

Park (125) fand bei 84 tuberkulösen Kindern unter 5 Jahren 22 mal Bazillen des Typus bovinus; bei 54 Kindern im Alter von 5 bis 16 Jahren 9 mal; bei 296 Erwachsenen 1 mal. Als Unterscheidungsmerkmal für beide Typen diente nur das verschiedene Wachstum auf dem Nährboden (Glyzerin — Eier). Nach seiner Studie beruhen in New York bei kleinen Kindern 10% aller Tuberkulosefälle auf boviner Infektion.

Hertha (118) beschreibt Fälle von Tuberkulose bei Ziegen und weist darauf hin, daß Ziegentuberkulose verbreiteter ist, als allgemein angenommen wird, und daß auch Milch von tuberkulösen Ziegen als suspekt zu betrachten sei.

Rothe (155) stellte an Leichen von Kindern bis zu 5 Jahren sehr eingehende bakteriologische Untersuchungen an, um zu studieren, wie häufig die Infektion auf intestinalem Wege zustande kam, insbesonders wie oft Perlsuchtbazillen nachzuweisen waren. Es wurden von 100 Fällen 514 Meerschweinchen, und zwar etwa die Hälfte mit Mesenterialdrüsen und die Hälfte mit Bronchialdrüsen geimpft und dann weiterhin differenziert in Typus humanus und bovinus. Gefunden wurde 20 mal Typus humanus und 1 mal Typus bovinus. Dieses Resultat mit dem Berichte Gaffkys zusammen ergibt folgendes: Durch Untersuchungen von 400 Kinderleichen wurde in 19·5% der Fälle eine tuberkulöse Infektion festgestellt. Von den 78 positiven Fällen erwiesen sich 42 mal beide Drüsengruppen, 14 mal nur die Mesenterialdrüsen und 22 mal nur die Bronchialdrüsen tuberkulös

infiziert, und zwar in 98·6% mit Typus humanus und 1·3% mit Typus bovinus.

Strauß (131) fand im Tierversuch 6 bis 7 Stunden nach Verfütterung von Tuberkelbazillen dieselben im Pfortaderblut, ebenso fast regelmäßig bei bestehender Darmtuberkulose. Niemals fanden sich Tuberkelbazillen im Blut, wenn der Darm nicht erkrankt war.

Fischers (117) Untersuchungen zeigten, daß vom erkrankten Darm aus große Mengen von Tuberkelbazillen in den Ductus thoracicus und von da in die Lungen geführt werden, ferner, daß sie in die Pfortader gelangen. Er glaubt, daß die Überschwemmung des Blutes und der Lungen mit Tuberkelbazillen eine große Bedeutung für den Verlauf der Lungentuberkulose habe.

Comby (116) betont, daß die Kinder nicht durch Milch, sondern durch Verkehr mit an offener Tuberkulose leidenden Menschen infiziert werden.

Weber und Tietze (132) konnten Rinder auf dem Wege der Inhalation mit der tausendfach geringeren Menge von Tuberkelbazillen infizieren als durch Fütterung. Die Tuberkelbazillen kommen bei der Inhalation bis ins Lungengewebe hinein.

Königsfeld (122) konnte in Versuchen am Meerschweinchen feststellen, daß die unverletzte Haut von Tuberkelbazillen durchdrungen wurde. Die Bazillen waren nach 7 Stunden im Unterhautzellgewebe und nach 4 Tagen in den regionären Drüsen.

Silvan (130) fand in den Tonsillen von 4 Kindern, von denen bei der Autopsie drei sonst keine tuberkulösen Veränderungen zeigten, wahrscheinlich tuberkulöse Veränderungen; in einem Falle waren die benachbarten Lymphdrüsen verkäst.

Nach Lasagnas (123) pathologisch-anatomischen und experimentellen Untersuchungen stellen die obersten Luftwege eine Eintrittspforte für Tuberkelbazillen dar, aber die Lungentuberkulose rühre von dem Eintritt der Bazillen in die Zirkulation her; nur in seltenen Fällen findet Eindringen von den Hals- oder Bronchialdrüsen aus statt.

Michaelis (124) glaubt, die Infektion mit Tuberkulose komme meist auf dem Wege der Zeugung zustande. Also setzte die Bekämpfung der Tuberkulose Bedingungen voraus, die zurzeit nicht erfüllt werden könnten. (!)

Klein (121) führt die große Häufigkeit intrauteriner Tuberkulose der Rinderföten auf große Verbreitung der abdominellen Tuberkulose beim Rinde zurück. Germinale väterliche Infektion ist noch nie beobachtet.

Pehu (126) glaubt, die intestinale Tuberkulose sei beim Säuglinge meist hämatogenen Ursprungs. Die Eingangspforte sei meist der Respirationstrakt, von diesem werde der Darm auf hämatogenem Wege infiziert. Er schließt es daraus, daß die tuberkulösen Veränderungen um die Blutgefäße herum lokalisiert seien.

Der oft nur linsengroße Lungenherd macht nach Födisch (Diskussion zu Preisich) klinisch keine Erscheinungen, er bildet

die Quelle der regionären Bronchialdrüsentuberkulose. Diese wird der Ort, von welchem aus eine Weiterverbreitung der Tuberkelbazillen im Organismus statthat.

Szontagh (Diskussion zu Preisich) glaubt, die Tuberkulose werde im Körper auch auf hämatogenem Wege fortgeschleppt, besonders die Knochen- und Gelenktuberkulose.

Römer (128) glaubt, beim Menschen bestehen ähnliche Verhältnisse wie bei Versuchstieren, bei denen die tuberkulösen einen gewissen Schutz besitzen gegen Neuinfektionen. Dafür sprechen seiner Ansicht nach klinische Erfahrungen und epidemiologische Beobachtungen. Diese Immunität versagt schweren Reinfektionen gegenüber. Diese entstehen wahrscheinlich durch Verbreitung des im Körper schon befindlichen Virus, nicht von außen.

115. British Royal Commission on Tuberculosis (Human and Bovine). Final Report. Tuberculosis, 1911, S. 317.
116. J. Comby. Contagion humaine et tuberculose infantile. Arch. de méd. ges enfants, 1909.
117. Bernh. Fischer. Die Bedeutung der Darminfektion für die Lungentuberkulose und ihren Verlauf. Frankf. Zeitschr. f. Pathol., Bd. 5, S. 395.
118. C. Hertha. Beitrag zur Kenntnis der Ziegentuberkulose. Arb. a. d. hyg. Inst. der kgl. tierärztl. Hochschule zu Berlin.
119. A. Heß. The subsequent health of children who drank milk containing tubercle bazilli. Journ. of the Amer. med. Assoc., 1911, S. 1322.
120. Hohlfeld. Über die Bedeutung der Rindertuberkulose für die Entstehung der Tuberkulose im Kindesalter. Münchener med. Wochenschr., 1910.
120a. P. Jacob und M. Klopstock. Die Übertragung der Tuberkulose durch Fliegen. Tuberculosis, 1910.
121. Klein. Untersuchungen über die intrauterine Tuberkuloseinfektion. Berliner tierärztl. Wochenschr., 1910.
122. H. Königsfeld. Über den Durchtritt von Tuberkelbazillen durch die unverletzte Haut. Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. 60.
123. F. Lasagna. Tuberkulosi e tonsilli. Arch. Scienze Med., 1911.
124. R. Michaelis. Die Infektionsgefahr bei der Tuberkulose. Deutsche militärärztliche Zeitschr., 1910, S. 777.
125. W. Park. Bovine tuberculosis. Arch. of Pediatrics, 1910.
126. M. Péhu. Note sur la topographie perivasculaire de la tuberculose intestinale dans le premier âge. Arch. d. Méd. du Enfants, 1911, S. 524.
127. Ph. Potter. The portals of entry of tuberculosis in children. Pediatrics 1911, S. 454.
128. P. Rimer. Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem im Lichte der Immunitätswissenschaft. Tuberculosis, 1910.
129. Schminke. Die Eintrittspforten der Tuberkulose in den menschlichen Organismus und die Disposition der Lungen zur Tuberkulose. Würzburger Abhandlungen, Bd. X.
130. C. Silvan. Le tonsille come atrio d'ingresso del bacillo tubercolare. Il Morgagni, 1911, 401.
131. J. Strauß. Über die Resorption der Tuberkelbazillen aus dem Darm. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., Bd. 5.
132. A. Weber und C. Tietze. Inhalations- und Fütterungsversuche mit Perlsuchtbazillen an Rindern. Tub. Arb. a. d. K. G. A., 1910.

E. Bakteriologisches und Serologisches.

Meyer (148) bestätigt die Angabe Calmettes und Guérins, daß der Zusatz von Rindergalle zu Kartoffelnährböden die Differenzierung von Tuberkelbazillen humaner und boviner Herkunft erlaubt. Die Perlsuchtbazillen wachsen in derartigen Nährböden leichter als Humanus.

Bazillen des Typus humanus können nach Ebers' (135 und 136) Untersuchungen bei Rindern Veränderungen hervorrufen, aus denen Bazillen gezüchtet werden können, die für Rinder die Virulenz des Typus bovinus erlangen.

Forster (137) sah, daß 15 Minuten dauernde Erhitzung einer tuberkelbazillenhaltigen Flüssigkeit auf 65° bis 66° genügt, um die Tuberkelbazillen abzutöten. Die entgegengesetzten Resultate hält er für Versuchsfehler.

Levy (144) hält die Gasische Färbemethode der Tuberkelbazillen nicht für streng spezifisch.

Lichtenhahn (145) hält Muchs Granula für nichts anderes als das, was Karl Spengler schon vorher als Splitter bezeichnete. Da diese Form der Tuberkelbazillen virulent ist, muß verdächtiges Material stets auch nach Körnchen durchsucht werden. Es wird dazu Jodfärbung empfohlen.

Jessen und Rabinowitsch (143) und Lindemann (146) prüften die Angaben von Deycke und Much, nach denen eine fast völlige Auflösung der Tuberkelbazillen durch Neurin in kurzer Zeit erfolgen soll, nach. Jessen und Rabinowitsch sahen die Lösung erst nach 8 bis 14 Tagen auftreten und lassen unentschieden, ob es sich um wirkliche Lösung handelt, Lindemann sah nie eine vollständige Lösung sämtlicher Bazillen.

Jessen und Rabinowitsch (143 b) finden bis zu 100 m unterhalb von der Kloakenmündung in Davos virulente Tuberkelbazillen; weiter unten nicht.

Sata (156) erzielte im gesunden Organismus Tuberkulinempfindlichkeit durch Vorbehandlung mit toten Bazillen, besonders nach intravenöser Applikation.

Der Verlauf der Infektion hängt nach Grüner und Hamburger (139) von der Menge des Infektionsmaterials ab. So treten nur nach Injektion großer Bazillenmengen makroskopisch erkennbare Reaktionsherde auf. Passive Übertragung der Allergie ist nur schwer möglich; die einzig sichere Methode ist Infektion mit lebenden Tuberkelbazillen.

Hamburger und Monti (141 a und b) trennen 2 verschiedene Arten von Tuberkulinunempfindlichkeit; eine beruht auf Reaktionsunfähigkeit, hervorgerufen durch das Fehlen der Überempfindlichkeitsantikörper, und eine andere, die man auf das Vorhandensein von echten Antitoxinen zurückführen kann.

Hamburger und Toyofuku (140) zeigen, daß subkutan mit Tuberkulose infizierte Tiere nicht nur gegen kutane und subkutane, sondern auch gegen pulmonale Reinfektion eine relative Immunität zeigen.

Wakushima fand bei Infektion junger Meerschweinchen, daß dieselben eher weniger empfindlich sind gegen tuberkulöse Infektion als erwachsene.

Rosenhauch (154) schließt aus seinen klinischen, bakteriologischen und experimentellen Untersuchungen, daß die phyktänuläre Augenentzündung durch Zusammenwirken innerer von den Tuberkelbazillen stammender und äußerer, von anderen Bakterien (hauptsächlich von Staphylococcus aureus) stammender Toxine verursacht werde.

Preusse (151) glaubt, es bestehe bei der Entwicklung der Impfpapel Abhängigkeit von der Tageszeit, da nach der Nachtruhe mehr Antikörper im Blute auftreten.

Herxheimer und Altmann (142) sahen nach intravenöser Injektion von Salvarsan ähnliche Reaktionen an lupösen Herden wie bei Injektion von Tuberkulin.

Rosenbach (153) stellt Tuberkulin aus Tuberkelbazillen her, die mit Myzel von Trichophyton holosericum album zusammengewachsen sind. Dieser Pilz soll die toxischen Eigenschaften des Tuberkelbazillus abschwächen. Er empfiehlt dieses Tuberkulin zu therapeutischen Zwecken.

133. J. Bartel, W. Neumann und G. Leimsner. Zur Frage der Einwirkung von Organen auf den Tuberkelbazillus. Zentralbl. f. Bakteriol, Bg. 56.

134. S. Bergel. Beziehungen der Lymphozyten zur Fettspaltung und Bakteriolyse. Münchener med. Wochenschr., 1910.

135. A. Eber. Experimentelle Übertragung der Tuberkulose vom Menschen auf das Rind. Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhyg.

136. Derselbe. Die Umwandlung vom Menschen stammender Tuberkelbazillen des Typus humanus in solche des Typus bovinus. Münchener med. Wochenschr., 1910.

137. Forster. Beitrag zur Frage der Abtötung von Tuberkelbazillen durch Erhitzung. Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. 55.

138. Geszti. Was geschieht mit dem im Körper produzierten Tuberkulin? Berliner klin. Wochenschr., 1911.

139. O. Grüner und Fr. Hamburger. Experimentelle Untersuchungen über die Tuberkuloseinfektion. Brauers Beiträge, Bd. 17.

140. F. Hamburger und F. Toyofuku. Über Immunität tuberkulöser Tiere gegen tuberkulöse Inhalationsinfektion. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose, 1911.

141 a) Hamburger Fr. und R. Monti. Über Tuberkulinimmunität. Brauers Beiträge, Bd. 16.

141 b). Dieselben. Über Tuberkuloseimmunität. Münchener med. Wochenschrift, 1910.

142. Herxheimer und Altmann. Über eine Reaktion tuberkulöser Prozesse nach Salvarsaninjektion. Deutsche med. Wochenschr., 1911.

143 a). F. Jessen und L. Rabinowitsch. Zur Frage der Löslichkeit von Tuberkelbazillen. Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. 54.

143 b). Dieselben. Zur Frage der Vernichtung von Tuberkelbazillen durch Flußläufe. Berliner klin. Wochenschr., 1910.

144. M. Levy. Über die Färbbarkeit der Tuberkelbazillen nach Gasis. Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. 55.

145. Lichtenhahn. Die neuere Forschung über die körnige Form des Tuberkuloseerregers. Übersichtsreferat, Korresp. f. Schweizer Ärzte, 1910, S. 1109.

146. Lindemann. Beitrag zur Kenntnis der Auflösung von Tuberkelbazillen in Neurin. Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Bd. 7, S. 191.

147. Löffler. Ein neues Anreicherungsverfahren zum färberischen Nachweise spärlicher Tuberkelbazillen. Deutsche med. Wochenschr., 1910.

148. Meyer. Über die Differenzierung der Tuberkelbazillen verschiedener Herkunft auf gallehaltigen Nährböden. Vet. med. Diss., Gießen 1910.

149. Netter et Gendron. Etude microscopique du liquide céphalorachidien dans la méningite tuberculeuse. Bull. de la Soc. de Péd., 1911, S. 226.

150. W. Park. Bovine tuberculosis. Arch. of. Ped., 1910, S. 448.

151. H. Preusse. Studien über das Auftreten der Area bei der kutanen Tuberkulinimpfung. Zeitschr. f. Immunitätsforsch., etc. Bd. 9.

152. H. Römer. Über tuberkulöse Reinfektion. Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. 97.

153. Rosenbach. Ein neues Tuberkulin. Deutsche med. Wochenschrift, 1910.

154. Rosenhauch. Über das Verhältnis phlyktänulärer Augenentzündngen zur Tuberkulose. Von Graefes Arch. f. Ophthalmol., 1910, S. 370.

155. Rothe. Untersuchungen über tuberkulöse Infektion im Kindesalter. Veröffentl. der Rob. Koch-Stiftung, H. 2.

156. A. Sata. Immunisierung, Überempfindlichkeit und Antikörperbildung gegen Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkulose u. Heilst., 1911, S. 1.

157. Strauch. Über bakteriologische Leichenblutuntersuchungen. Zeitschr. f. Hyg., Bd. 65.

F. Diagnose.

Tuberkulindiagnostik.

Rozenblat (183) fand keine Beziehungen zwischen dem Grade der Tuberkulose und der Empfindlichkeit gegen Tuberkulin.

Die Morosche Perkutanreaktion hat nach Szaboky (188) Nachteile vor der Kutanmethode Pirquets. Vorteile wie Schmerzlösigkeit können kaum ernstlich in Betracht kommen. Die Detresche Differentialkutanreaktion könne keinen Aufschluß geben, ob humane oder bovine Infektion besteht.

Feer (164 und 165) fand unter 2000 Tuberkulinproben bei tuberkulosefreien Kindern im ersten Lebenshalbjahr stets negative Resultate, von da an steigend von 3·4% bis 38% vom 10. bis 15. Jahre.

Radziejerski (179) zieht aus 39 Sektionen von Kindern, die auf der Breslauer Kinderklinik der kutanen Tuberkulinreaktion unterzogen waren, im Zusammenhalte mit 327 Sektionen solcher Kinder aus Wiener Kinderspitälern folgende Schlüsse: „Die von Pirquet angegebene Kutanreaktion ist für Tuberkulose spezifisch. Im Säuglingsalter gibt es keine inaktiven Formen der Tuberkulose und die aktiven führen größtenteils zum Tode. Im Säuglingsalter gibt deshalb die positive Reaktion eine ziemlich ungünstige Prognose.

Die Häufigkeit der Tuberkulose nach dem Ergebnisse der Sektion und dem Ausfalle der Reaktion steigt mit dem zunehmendem Alter unter dem städtischen Proletariat bis auf nahe an 100% am

Ende des Kindesalters." Die übrigen Schlußsätze decken sich mit der bekannten Pirquetschen Lehre.

Schick (185) beobachtete bei Ausbruch von Masern frische Rötung und neuerlich Infiltration von Tuberkulinimpfstellen, die zur Zeit der Masernprodrome in Rückbildung begriffen waren. Er glaubt, daß der durch die Impfung gesetzte entzündliche Reiz zur Folge gehabt hat, daß das Masernexanthem an den gereizten Stellen früher als normal auftrat, ähnlich wie bei Säuglingen mit intertriginösem Ekzem die Eruption der Masern zuerst an diesen Stellen erfolgt. Ferner glaubt er, daß die von John und Heim bei Scharlach gemachte Beobachtung nichts anderes gewesen ist als Scharlacheruption an den durch Tuberkulin gereizten Stellen.

Krannholz (170) fand die Reaktionsfähigkeit der Haut auf Tuberkulin bei Typhus, Recurrens, Pneumonie und akuter Polyarthritis während des Fiebers herabgesetzt.

Um tiefliegende tuberkulöse Herde aufzudecken, verwandte Engel (162) Tuberkulindiagnostik in Form systematischer Einspritzungen. Dabei ist folgendes zu beachten:

1. Wenig ausgebreitete, gut lokalisierte Tuberkulose (vor allem der Drüsen und Knochen) geben schnelles Absinken der Reaktion bei sehr hoher Anfangsdosis, so daß nach 2, höchstens 3 Injektionen Reaktionslosigkeit erzielt ist.

2. Umfangreichere noch ziemlich lokalisierte Prozesse, speziell an Drüsen, Knochen, Gelenken, sowie weniger ausgebreitete und weniger progressive Lungentuberkulosen geben langsam kleiner werdende Reaktionen, erst nach 4 bis 6 Injektionen, bei Anfangsdosis von $^5/_{10}$ bis 1 mg.

3. Größere und umfangreichere, vor allem auch die progressiven Formen, fast immer Lungentuberkulosen, sind am meisten empfindlich. Bei Anfangsdosen von $^1/_{10}$ vis $^1/_{100}$ und noch niedriger gibt es so und so oft immer wiederkehrende regellose Reaktionen.

Tezner (189 und 190) prüfte, von der Erfahrung ausgehend, daß zwischen dem Ausfall der Pirquetschen Reaktion und der Reaktionsfähigkeit des Organismus auf andere Reize ein Zusammenhang besteht, ob Impfungen mit Tuberkulin und Kolitoxin an einem Individuum immer gleichsinnig verlaufen oder nicht. Er impfte 161 Kinder und fand, daß die Kolitoxinreaktion bei Kindern im allgemeinen so ausfällt wie die auf Tuberkulin, daß also die Allergie für beide Toxine nur zusammen vorkommt. Er glaubt daher, daß die Anaphylaxie nicht streng spezifiseh sei oder daß die Reaktion keine anaphylaktische, sondern vielleicht der Ausdruck einer erhöhten Reaktionsfähigkeit des Organismus sei. Es ist ein ähnlicher Befund, wie ihn Moro durch Impfung mit Atoxyl erheben konnte.

Bei Impfung mit Wittepepton und Choleravakzine waren die positiven Reaktionen sehr selten und diese wenigen positiven kamen nur vor bei Kindern mit positivem Pirquet. Die positiven Reaktionen auf Choleravakzine sind sehr interessant, da der Organismus der Kinder mit dieser Substanz früher sicher nicht in Berührung gekommen ist. Ebenso interessant sind die negativen Reaktionen auf Kolitoxin;

denn mit diesem Stoffe ist doch jedes Kind in Berührung gekommen. In der Diskussion zu Preisichs Vortrag hält er die Allergie, die in der Kutanreaktion mit Tuberkulin in Erscheinung tritt, für charakteristisch für Infektion mit Tuberkulose, aber nicht nur gegen Tuberkulosetoxin gerichtet.

Die Tuberkulinreaktion gelingt nach Kraus (171), beim Meerschweinchen auch durch Injektion von lebenden und abgetöteten Tuberkelbazillen. Tiere, welche mit Geflügeltuberkulose vorbehandelt sind, reagieren auf Tuberkelbazillen gleichen Ursprungs mit Frühreaktion, dagegen auf Tuberkelbazillen anderen Ursprungs nicht oder nur minimal. Aber auf Alttuberkulin reagieren alle Tiere in gleicher Weise.

Physikalische Diagnostik.

Stoll (187) würdigt eine Reihe von Symptomen, die zur Diagnose Bronchialdrüsentuberkulose verhelfen sollen. Der Wert dieser Symptome (Dilatation der Thoraxvenen, Sternaldämpfung, Bronchophonie über den oberen Brustwirbeln) ist jedoch nach den Untersuchungsergebnissen des Verf. selbst nicht allzu groß, da nur ein Teil, manchesmal nur die Hälfte solcher Kinder auf Tuberkulin reagieren.

Auf Grund von 22 Fällen, in denen der klinische Befund entweder durch Röntgenuntersuchung oder durch Obduktion kontrolliert wurde, schließt Michalowitz (174), daß die Wirbelsäulenperkussion im Sinne de la Camps die frühzeitige Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose auch in Fällen ermöglicht, wo die Röntgenuntersuchung keine positiven Resultate gibt. Mäßige Skoliosen und Kyphosen ohne Veränderungen an den Brustwirbelkörpern selbst sind ohne Einfluß auf das Verfahren.

Noeggerath und Salle (177) untersuchten 46 poliklinische Patienten im schulpflichtigen Alter, von denen 24 „klinisch, sichere beziehungsweise im höchsten Grade verdächtige Fälle von beginnender Lungentuberkulose“ waren. 16 von diesen 24 hatten Headsche Zonen. Sie glauben durch ihre Unternehmungen wahrscheinlich gemacht zu haben, daß die beobachteten Headschen Zonen (mit typischer Ausbreitung am Schultergürtel, zuweilen tiefer) innerhalb gewisser Grenzen für beginnende Lungentuberkulose (Bronchialdrüsentuberkulose?) im Kindesalter in demselben Maße charakteristisch sind wie die übrigen Organprojektionen. Nach Lektüre der mitgeteilten Krankengeschichten möchte ich das „beziehungsweise in höchstem Grade verdächtige Fälle von beginnender Lungentuberkulose“ mehr unterstreichen als das „klinisch sichere“.

Ranke (179 und 180) weist auf die Unterschiede hin zwischen der Phthise des Erwachsenen und der Lungentuberkulose des Kindes und auf die aus dem Reichtum an Krankheitsformen sich ergebenden diagnostischen Schwierigkeiten der Lungentuberkulose des Kindes.

Meyer (176) weist daraufhin, daß Tuberkulide in einem Falle von Asthma dessen tuberkulöse Natur (exspiratorisches Keuchen) geklärt haben.

Chemische Diagnostik.

Roger und Sevy-Valensi, ebenso Schmey (186) halten die positive Eiweißreaktion im Sputum für ein diagnostisch und prognostisch wichtiges Mittel bei Lungentuberkulose.

158. Ch. Behrend. Über den Wert der Pirquetschen Kutanreaktion bei Kindern. Inaug.-Diss., Berlin 1910.
159. H. Bing. Über die Diagnose d. Bronchialdrüsenanschwellung. Ugeskrift for Loeger, 1910.
160. L. Cohn. Die Bedeutung der v. Pirquetschen Hautreaktion im Kindesalter. Berliner klin. Wochenschr., 1910.
161. L. G. Cole. The radiographic diagnosis and classification of early pulmonary tuberculosis. Amer. Journ. of the med. Scienc., 1910.
162. St. Engel. Die (spezifische) Diagnose und Therapie der Kindertuberkulose. Med. Klinik., 1910.
163. A. Erlandsen. Tabelle für die Bestimmung des Tuberkulintiters nach Ellermann-Erlandsen. Beitr. z. Klink d. Tuberkulose, 1911.
164. E. Feer. Die Bedeutung der v. Pirquetschen Reaktion im Kindesalter. VI. Tuberkuloseärzteversammlung Karlsruhe 1910.
165. Derselbe. Über den Wert der kutanen und konjunktivalen Tuberkulinprobe beim Kinde und über das Wesen der Skrofulose. Beitr. z. Klinik d. Tuberkulose, 1911.
166. J. Friedjung. Bemerkungen über den Habitus tuberculosus im frühen Kindesalter. Wiener klin. Wochenschr., 1910.
167. F. Hamburger. Über die Entwicklung der Tuberkulinempfindlichkeit beim Kinde. Beitr. z. Klinik d. Tuberkulose, Bd. 17.
168. Jörgensen. Über den Wert verschiedener Homogenisierungs- und Sedimentierungsmethoden behufs des Nachweises von Tuberkelbazillen im Sputum. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., Bd. 66.
169. H. Kiendl. Zirkuläre Karies der Milchzähne und Tuberkulinreaktion. Inaug.-Diss., München 1910.
170. Krannholz. Über die Beeinflussung der lokalen Tuberkulinreaktion durch akut fieberhafte Prozesse. Münchener med. Wochenschrift, 1910.
171. R. Kraus. Über differenzierende Reaktionen mit Tuberkelbazillen verschiedener Herkunft bei tuberkulösen Meerschweinchen. Ver. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien, 20. Jänner 1910.
172. J. Leopold and T. Rosenstern. The significance of tuberculides in the diagnosis of tuberculosis infancy. Journ. of the amer. Med. Assoc., 1910 und Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.
173. K. Ludloff. Die Diagnose der Hüftaffektionen. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung, 1910.
174. M. Michalowitz. Über die Verwertung der Wirbelsäulenperkussion bei der Diagnose der Tracheo-Bronchialdrüsentuberkulose im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk., 1910, S. 29.
175. W. Minauer. Über die kutane Tuberkulinreaktion, insbesondere die Ergebnisse von Impfungen mit abgestuften Tuberkulinkonzentrationen. Beitr. zur Klinik d. Tuberkulose, 1911.
176. L. F. Meyer. Über Tuberkulide. Ver. f. inn. Med. u. Kinderheilkunde, Berlin, 13. März 1911.
177. C. Noeggerath und V. Salle. Headsche Zonen bei beginnender Tuberkulose im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk., 1911, S. 71.
178. v. Pirquet C. The cutaneous tuberculin-test. Arch. of Ped., 1910.
179. A. Radziejewski. Über kutane Tuberkulinreaktion. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1911, S. 521.
180. K. Ranke. Diagnose und Therapie der Lungentuberkulose des Kindes. Münchener Ges. f. Kinderheilk., 4. März 1910.

181. Derselbe. Diagnose und Epidemiologie der Lungentuberkulose des Kindes. Arch. f. Kinderheilk., Bd. 54, S. 279.
182. H. Roger et Sévi-Valensi. L'albumino-Reaction dans la Tuberculose pulmonaire. Presse méd., 1911, S. 409.
183. H. Rozenblat. Contribution à l'étude des réaktions locales à la tuberculine. Arch. de Méd. des Enfants, 1911, S. 425.
184. Th. Sachs. The diagnostic value of lokal tuberculin reactions. Journ. of Amer. Med. Assoc., 1911, S. 181.
185. B. Schick. Scheinbares Aufflammen abgelaufener Tuberkulinreaktionen während der Eruption von Masern. Frühzeitige Eruption von Masernefloreszenzen an entzündlich gereizten Hautpartien. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1910, S. 137.
186. F. Schmey. Über die Frühdiagnose der Lungentuberkulose. Tuberculosis, 1911, S. 457.
187. H. Stoll. The diagnosis of tuberculosis of the bronchial glands. Amer. Journ. of the Scienc., 1911, S. 83.
188. J. v. Szabóky. Über den prognostischen Wert der Kutanreaktion von Pirquet, der Perkutanreaktion etc. Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. 17.
189. E. Tezner. Über die Spezifität der Pirquetschen Reaktion. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1911, S. 131.
190. Derselbe. Nachtrag zu dieser Arbeit. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1911, S. 498.
191. R. Voisin. Comparaison entre les températures axillaire et rectale dans la méningite tuberculeux de l'enfant. Rev. de la tub., 1910.
192. M. Vivaldi. La cutireazione alla tubercolina umana e bovina La Tuberculosis, 1910.
193. G. Wiedemann. Der diagnostische Wert der Pirquetschen Reaktion bei chirurgischer Tuberkulose. Russky Wratsch, 1910.
194. L. Wolfer. Ungleiche Pupillenweite als Frühsymptome der Lungentuberkulose. Wiener med. Wochenschr., 1911.

G. Prophylaxe.

Auf der IX. internationalen Tuberkulosekonferenz (17) wurde ausführlich über Verhütung der Tuberkulose gesprochen und dabei die Wichtigkeit der Prophylaxe im frühen Kindesalter scharf betont. Man muß denen recht geben, die der unbedingten Entfernung des Kindes aus der Umgebung eines Schwindsüchtigen das Wort reden, und zwar nicht erst für Entfernung des Kindes im 2. Lebensjahre, sondern schon im ersten. Über den Modus dieser Trennung waren die Vorschläge noch nicht einheitlich. Wichtig scheint Jacobs Hinweis auf die üblen Verhältnisse, in denen sich viele Schulkinder auf dem Lande befinden. Besonders der Mangel an Reinlichkeitsbegriffen wird hervorgehoben. Wohnungsreform wird für das Land ebenso dringend verlangt wie für die Stadt.

Sehr interessant sind auch die Berichte über die in der Schlußsitzung vorgetragenen Fortschritte der Tuberkulosebekämpfung in den einzelnen Ländern.

Lefèvre (207) hält für die wirksamste Prophylaxe, wenn Übertragung der von Kranken stammenden Tuberkelbazillen auf Gesunde verhindert wird. Er hat untersucht, welche Maßnahmen in Belgien zu diesem Zwecke getroffen sind, beschreibt die Verhältnisse in einzelnen Provinzen und stellt folgende Schlußsätze auf:

1. Die Isolierung der Tuberkulösen ist ein wirksames Mittel zur Verhütung und Behandlung der Tuberkulose.

2. Tuberkulöse sollen in Spezialhospitälern aufgenommen werden

3. respektive in speziellen Abteilungen im allgemeinen Krankenhäusern.

4. Das Pflegepersonal der Tuberkulosestationen soll besonders ausgesucht und ausgebildet sein; zur Vermeidung von Ansteckung sollte es alle 2 Jahre ersetzt werden.

5. Publikum und Kranke sind über Nützlichkeit und Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung aufzuklären.

6. Wenn es unmöglich ist, Phthisiker dem Krankenhause zuzuführen, so sollen die Dispensaires eintreten. Dieselben sollen den Kranken in der Familie in einem besonderen Zimmer isolieren und seine Umgebung gegen die Ansteckung durch geeignete prophylaktische Maßnahmen schützen.

Roerdam (17) (internationale Tuberkulosekonferenz Brüssel). In Dänemark besteht die Bestimmung, daß gesunde Kinder nicht mit offenen Tuberkulösen zusammenleben dürfen. Sind Kinder in der Familie der Ansteckungsgefahr ausgesetzt, so sind sie von Gesetzes wegen aus der Familie zu entfernen.

Bielefeld (196) tritt für Fernhaltung erwachsener Tuberkulöser von Kindern ein. Da zwangsweise Überführung dieser Erwachsenen bei uns nicht leicht durchzuführen sein wird, empfiehlt er den tuberkulösen Rentenempfängern statt der Rente Aufnahme in ein Invalidenhaus anzubieten und im Falle der Nichtannahme mit Rentenentziehung zu drohen.

Hart (201) hält die Lehre Römers, daß die Phthise im wesentlichen auf Reinfektion von einem in der Kindheit erworbenen Herd aus stattfinde, nicht für bewiesen. Er glaubt, die Phthise des Erwachsenen sei durch selbständige Infektion verursacht. Daher will er den Schwerpunkt der Prophylaxe gegen die Tuberkulose ins Pubertätsalter gelegt wissen.

In einer anregend geschriebenen Monographie (9) weist er daraufhin, daß die körperliche Fürsorge für die schulentlassene Jugend zurzeit von einer verhängnisvollen Mangelhaftigkeit ist und in Hinsicht auf den Kampf gegen die Tuberkulose eine böse Lücke zeigt. „Das Hauptziel der Tuberkuloseprophylaxe muß sein, den Ausbruch der Lungenschwindsucht, als der wesentlichen Quelle aller tuberkulösen Ansteckung, zu verhindern. Die Förderung besonders der Entwicklung des Brustkorbes sei im nötigen Maße nur zu erreichen durch die gesetzliche Einführung eines pflichtmäßigen körperlichen Fortbildungsunterrichtes.

Delperier (199) macht Vorschläge über Fürsorge von Staats wegen für schwächliche oder schon ausgesprochen tuberkulöse Kinder. Besonders die Freiluftschule wird empfohlen. Der Grundriß einer solchen Schule ist beigegeben.

Hawes (203) hebt die Wichtigkeit der Erziehung der Kinder in Hygiene als Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose hervor.

Bolle (197) hält Untersuchung der Kuhmilch auf Tuberkelbazillen für wichtiger als Anstellen der Tuberkulinreaktion am Vieh.

Möller (209) dagegen verlangt Tuberkulinreaktion, da bei positivem Ausfall das betreffende Tier zur Milchgewinnung ungeeignet sei.

Weber (215) nimmt an, daß nur sehr große Mengen von Perlsuchtbazillen, wie sie sich gewöhnlich in Handelsmilch nicht finden, imstande sind, Kinder zu infizieren.

Mütter mit geschlossener Tuberkulose sollen nach Abramowski (195) ihre Kinder stillen, da Antitoxine mit der Milch übergehen. Offene Tuberkulose bildet Konterindiration.

Deutsch (200) dagegen betont, daß tuberkulösen Müttern das Stillen verboten werden solle. Es bringe weder den Müttern Nutzen noch erhöhe es die Immunität beim Kinde; die Infektionsgefahr dagegen sei groß.

Noeggearth (210) kommt in einer größeren, auch Geschichtliches enthaltenden Studie zum Schlusse, daß das Stillverbot für tuberkulöse und ernstlich tuberkulös verdächtige Mütter aufrecht zu erhalten sei, und zwar aus folgenden Gründen:

„I. Die Anschauung v. Behrings, daß viel häufiger, als früher angenommen, aus den Brüsten tuberkulöser Frauen Tuberkelbazillen in genügender Menge ausgeschieden werden, um eine Infektionsgefahr für den Säugling darzustellen, besteht nicht zu Recht.

Es konnten zwar in einer geringen Anzahl der untersuchten Fälle Tuberkelbazillen in der Milch solcher Frauen durch den Tierversuch nachgewiesen werden. Nach Zahl und Virulenz handelt es sich aber um so niedere Werte, daß eine Infektion des Säuglings auf diesem Wege ausgeschlossen erscheint, oder doch völlig gegen die andersartigen aus seinem Milieu herzuleitenden Infektionsgefahren namentlich auf dem Wege einer aerogenen Infektion zurücktritt. Im übrigen ist es nicht mit Sicherheit auszuschließen, daß diese Tuberkelbazillen nicht aus der Brustdrüse sezerniert, sondern von außen an Warze und Warzenhof und in die Ausführungsgänge gelangt seien.

II. Wenn also auch die Milch nicht zu schwer tuberkulös erkrankter Frauen an sich ein brauchbares Nährmittel darstellt, so ist diesen Frauen das Stillen doch zu verbieten, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Durch ihre Milch wird der genährte Säugling weder gegen Tuberkulose geschützt, noch wird eine bei ihm auftretende Tuberkulose wesentlich günstig beeinflußt. Dies beweisen mit Sicherheit die mitgeteilten Einzelfälle und statistischen Zusammenstellungen.

2. Das Stillgeschäft stellt an viele, wohl die meisten — wenn auch nicht an alle — tuberkulösen Frauen so große Ansprüche, daß ihr Körper geschwächt und so für den Kampf gegen die bisherige Tuberkulose ungeschickter wird. Dies kann die Propagation schon erkannter oder gar das unerwartete und plötzliche Manifestwerden

bisher verborgener Tuberkulose verursachen. Hierdurch kann eine schwere — gelegentlich zum Tode führende — Schädigung der Mutter oder Amme und — in seltenen Fällen — eine nunmehr eintretende Infektion des gestillten eigenen Kindes oder Pfleglings entstehen.

IV. Es muß darauf hingewirkt werden, daß zur Unterbringung derartiger gefährdeter, gesunder Säuglinge Prophylaktikerheime einfachster Art in Stadt, etwa in Anschluß an die Walderholungsheime errichtet werden. Sie müssen — von den Tuberkuloseheilstätten vollkommen getrennt — unter die Aufsicht pädiatrisch durchgebildeter Ärzte gestellt werden."

195. Abramowski. Stillen und Tuberkulose. Tuberculosis 1910.
196. Bielefeld. Schutz der Kinder gegen Tuberkulose. Tuberculosis, 1910, S. 407.
197. C. Bolle. Zur Frage der Tuberkulinprüfung der Kindermilchkühe. Berliner klin. Wochenschr., 1910.
198. Büchting. Die Bekämpfung der Tuberkulose auf dem platten Lande. Tuberculosis 1911.
199. L. Delperier. Ecoles de plein air. Revue int. de la Tub., 1910.
200. Deutsch. Tuberkulose und Stillen. Ärztl. Verein, Frankfurt a. M., 7. Februar 1910.
201. Hart. Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem vom Standpunkte der pathologisch-anatomischen Forschung und die Prophylaxe der tuberkulösen Lungenschwindsucht. Tuberculosis, 1910, S. 378.
202. J. Hawes. The tuberculosis problem as applied to children. Boston, Med. and Surg Journ., 1910.
203. — Educational methods in the antituberculosis campagn in Massachusetts. Boston Med. an Surg. Journ., 1910.
204. Hillenberg. Erfahrungen über die Verwertbarkeit der v. Pirquetschen Hautprobe bei der Bekämpfung der Tuberkulose in den Schulen. Deutsche Zentralkommission z. Bek. d. Tuberkulose, 1910.
205. P. Jacob. Die Tuberkulose und die hygienischen Mißstände auf dem Lande. Tuberculosis, 1911.
206. H. Keller. Prophylaxe und Physiotherapie der Tuberkulose im Kindesalter. Korr. f. Schweizer Ärzte, 1910.
207. Lefèvre. Isolement des tuberculeux en Belgique. Tuberculosis, 1911, S. 420.
208. W. Mager. Zur Organisation der Tuberkulosebekämpfung in Österreich. Tuberkulosetag Wien, Mai 1911.
209. B. Miller. Die Tuberkulinprüfung der zur Kindermilchgewinnung dienenden Kühe. Berliner klin. Wochenschr., 1910.
210. Noeggerath. Das Stillverbot bei Tuberkulose und Tuberkuloseverdacht. Prakt. Erg. d. Geb. u. Gynäkol., 1911.
211. Nürnberger Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose, 5. Bericht.
212. Pannwitz. Das Deutsche Rote Kreuz und die Tuberkulose im Kindesalter. Tuberculosis, 1910, S. 183.
213. Derselbe. Freiluftschulen Hohenlychen. Prospekt.
214. v. Pirquet. Die Aufgaben der Gemeinden zur Kinderfürsorge bei der Tuberkulosebekämpfung. Ausschußsitzung der deutsch. Zentralkommission z. Bek. d. Tuberkulose, Juni 1911.
215. A. Weber. Welche Gefahr droht den Menschen durch den Genuß von Milch und Milchprodukten eutertuberkulöser Kühe? Tub. Arb. a. d. K. G. A., 1910.

H. Therapie.

Tuberkulintherapie in vorsichtiger Dosierung empfehlen Escherich (233 und 234), Grosz (Diskussion zu Preisich), Scheltema (270), v. Torday (Diskussion zu Preisich), Pottanger (259) und Wittich (280). v. Torday ist sich dabei bewußt, daß nur gegen das Tuberkulin, nicht aber gegen die Tuberkelbazillen Antikörper gebildet werden. Fuchs (Diskussion zu Preisich) berichtet über einzelne Erfolge bei sehr vorsichtiger Dosierung. Heubner (Rundfrage der „Medizinischen Klinik" 1910) sah Erfolge bei Bronchialdrüsentuberkulose. v. Pirquet (Schles. Ges.) hält Tuberkulinkur bei primärer und frisch generalisierter Tuberkulose für wirkungslos, bei der chronischen Form könne sie versucht werden. Ruck K. und S. (267) fanden, daß bei Patienten, die mit Tuberkulin behandelt werden, das Agglutinationsvermögen ansteigt. Mantoux (252) hatte bei Urogenitaltuberkulose nur in $^1/_5$ der Fälle keinen Erfolg mit Tuberkulinbehandlung. Löwenstein (250) bringt eine interessante Zusammenstellung, nach der von 682 mit Alt- und Neutuberkulin in Beelitz behandelten offenen Tuberkulosen 52% ihre Bazillen verloren, während vorher zur Zeit der rein hygienisch-diätetischen Behandlung nur 22 bis 26% der Fälle die Bazillen verloren.

Rolly (264) überschreitet bei Tuberkulinkuren $^1/_{10}$ mg nicht. Außer Gewichtsanstieg hat er keinen Effekt zu verzeichnen. Fieber sah er auch ohne spezifische Behandlung schwinden. Der Wrightsche Index ist nach ihm und nach E. Schmidt (271) ohne Bedeutung. Arthur (218) empfiehlt Tuberkulinbehandlung nach Wrightschen Prinzipien.

Tuberkulinbehandlung mit Perlsuchttuberkulin empfehlen Baer (261), John Diskussion zu Preisich) und Leod. J. und N. (246). Raw will dabei den zwischen beiden Stämmen wohl bestehendem Antagonismus benutzen, John dagegen wendet das Perlsuchttuberkulin nicht in dieser Absicht an, sondern nur um schonender vorzugehen. Er benutzt zur Feststellung des vorliegenden Typus Detres differenzierende Kutanreaktion. Diese ist übrigens bereits als nicht stichhaltig erkannt worden.

Leod J. und N. verzichten auf Feststellung des Typus, da diese sehr umständlich sei.

Allein durch Behandlung mit Kutanimpfungen sah Wallerstein (277) gute Erfolge.

Mit Marmorekserum erzielte Weitling (279) zuweilen Besserung der lokalen Prozesse bei chirurgischer Tuberkulose, zuweilen Verschlechterung.

Lichtenstein (248) berichtet über Besserung bei verschiedenen Formen von Tuberkulose nach Injektion von 2 bis 5 cm³ Serum von gesunden Menschen.

Schäfer (269) hat 34 offene Tuberkulosen mit Tuberkulin Rosenbach ohne Erfolg behandelt.

Fainitzki (235) kann bei Tuberkulose des äußeren Auges keinen Erfolg mit Tuberkulinbehandlung verzeichnen. Soltmann

(Rundfrage der „Medizinischen Klinik") verhält sich ablehnend gegen Tuberkulintherapie in der Praxis, empfiehlt aber Versuch damit in Anstalten. Nach Minkowski (Diskussion in Schles. Ges.) begeht der Arzt keinen Kunstfehler, wenn er von Tuberkulintherapie absieht.

Rohmer (262) prüfte die von der Schlossmannschen Klinik inaugurierte Methode der Tuberkulinbehandlung im ersten Kindesalter nach und kommt zu folgenden Schlüssen.

Bei der von Engel und Bauer empfohlenen Methode der Tuberkulinbehandlung mit hohen Dosen stellte sich in den meisten Fällen bei fortgesetzter Verwendung hoher Dosen wieder Überempfindlichkeit gegen Tuberkulin ein. Der ungünstige Verlauf eines Falles von Säuglingstuberkulose konnte nicht beeinflußt werden. Bei Kindern von 2—4 Jahren ergab sich klinisch eine eklatante Heilwirkung auf „skrofulöse" Symptome, anatomisch eine abnorm starke reparatorische Bindegewebswucherung, speziell in der Umgebung von Lungenherden. Dagegen war langdauernde Behandlung nicht imstande, die weitere Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses zu verhindern, welche sich in einem Falle durch Manifestwerden einer Knochentuberkulose, in einem andern durch einen malignen Verlauf im Anschluß an eine Maserninfektion kundgab. Er glaubt endlich, daß die großen Tuberkulindosen gegenüber den mäßigen einen nachteiligen Einfluß auf das Allgemeinbefinden der Kinder ausgeübt haben. In einem Falle fand sich bei der Sektion das Bild einer auffallend chronischen Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses, welche im Alter von $4^1/_2$ Jahren jedenfalls selten ist. Er glaubte, daß dieses wahrscheinlich als Tuberkulinwirkung zu deuten sei, betont aber, daß der auf diese Weise dem Organismus gewährte Schutz recht gering sei und in der Regel das weitere Umsichgreifen der Infektion nicht aufzuhalten vermochte.

Auch Fuchs berichtet wieder über seine bekannten Mißerfolge mit der Schloßmannschen Methode.

Auch in der Literatur des Jahres 1910 und 1911 vermißt man wieder unbestreitbare Erfolge mit Tuberkulinbehandlung bei Fällen, bei denen bis jetzt Heilung auch durch andere Faktoren noch nicht beschrieben worden ist: bei der offenen Lungentuberkulose des jungen Kindes. Bei Beurteilung der Tuberkulinerfolge bei anderen Formen von kindlicher Tuberkulose darf nie vergessen werden, daß Spontanheilungen nichts Ungewöhnliches sind.

Medikamentöse Therapie.

Romanowsky 265) sah Besserung von Phthisen durch Einspritzung von phosphoriger und unterphosphoriger Säure nach Zusatz von Glyzerin und 1%igem Guajakol.

Berliner (224) durch intramuskulöse Injektion von Menthol-Eukalyptol.

Hamant (241) ist mit Kampferbehandlung der Phthisiker zufrieden.

Sohler (274) verzeichnet ungünstige Resultate bei Behandlung mit Trypsin nach Jochmann und Bätzner,

Jochmann (243) dagegen gute.

Wright (282) beschreibt eklatanten Erfolg mit intramuskulären Einspritzungen löslicher Quecksilberpräparate bei einer offenen Lungentuberkulose.

Loeper und Esmonet (249) beobachteten bei Ratten erhöhte Widerstandskraft gegen Infektion mit Tuberkulose, wenn dieselben mit Pankreatin gefüttert worden waren.

Muthu (255) hat Besserung der Lungentuberkulose durch Inhalation antiseptischer Lösungen gesehen.

Lichttherapie

in Gestalt von Sonnenstrahlen wird von Jerusalem (244) und Sluys (273) für chirurgische Tuberkulose empfohlen als wirksames Unterstützungsmittel der konservativen Behandlung.

Von Röntgenbestrahlung sahen günstige Erfolge:

Barjon und Rafalowski (222) bei Drüsen und Knochentuberkulose; sie sahen weniger oft Rezidive als nach operativem Verfahren;

Baisch (221) besonders bei der fungösen Form der Knochen-Gelenkstuberkulose.

Boehme (226) bei verrukösem Lupus der Hände eines 15jährigen Jungen.

Nach Stümpke (275) gibt die Kromayer-Lampe ein ebenso wirksames Licht in der Behandlung des Lupus wie die Finsenlampe und ist einfacher zu handhaben.

Chirurgische Therapie.

Bernard (225) empfiehlt bei einseitiger Nierentuberkulose sofortige Nephreptomie.

Bradshaw (227) beschreibt Heilung einer trockenen tuberkulösen Peritonitis durch zweimalige Laparotomie.

Warren (278) empfiehlt bei Ellenbogengelenkstuberkulose Ruhigstellung des Gelenkes in rechtwinkliger Fixation, Resektion nur bei Zerstörung des Gelenkes. Konservative Behandlung wird auch von Elly (232) und Alapy (216) besonders bei Kniegelenkstuberkulose empfohlen.

Zur Werth (283) injiziert Karbenzym statt Jodoform-Glyzerin in tuberkulose Gelenke, Delrez (231) Seife, Calot (229) Phenolum camphoratum und Beck Wismutpasta.

Roussiel 266) hat bei einem 15jährigen Kind Heilung einer tuberkulösen Peritonitis erzielt durch Punktion und Injektion von Sauerstoff. Er glaubt, daß die Erfolge der Laparotomie durch Entfernung des Aszites mit Bazillen und Toxinen zustande kommen.

Allgemeinbehandlung.

Aviragnet und Tixier (219) ziehen die hygienisch-diätetisch-physikalische Behandlung der Tuberkulose der medikamentösen vor.

Wolff (281) (Reiboldsgrün) hält das Mittelgebirge als das zur Heilung der Tuberkulose geeignetste Gebiet.

Nach Goodall (238) geben Kinder unter 16 Jahren in Lungenheilstätten ebenso gute Erfolge wie Erwachsene. Hahn (240) beobachtete bei offener Tuberkulose im Kindesalter fast stets Exitus nach wenigen Jahren. Er kommt deshalb zum Schlusse, daß diese Fälle auf Isolierstationen in Krankenhäuser gehören.

216. H. Alapy. Endresultate der konservativen Behandlung tuberkulöser Koxitiden und Gonitiden. Orvosi Hetilap, 1910.

217. P. Andion. Traitement du Rachitisme et des Tuberculoses chicurgicales. La cure marine à Berk. Annal. de méd. et chir. inf., 1910, S. 501.

218. L. Arthur. Vaccine therapy insurgical tuberculosis. N. J. State Journ. of Med., 1910.

219. E. Aviragnet et L. Tixier. Les formes curables de la tuberculose aigue chez l'enfant. Arch. de Méd. des Enfants, 1911, S. 321 u. 409.

220. Baginsky. Seeklima und Kinderkrankheiten. Intern. Kongr. f. Talassotherap., 1911.

221. B. Baisch. Die Behandlung chirurgischer Tuberkulose, besonders der tuberkulösen Symptome mit Röntgenstrahlen. Vers. deutscher Naturforscher u. Ärzte, 1911.

222. F. Barjon. Traitement radiotherapique des adénites suppurées, du ulcérations et des fistulisations d'origine ganglionaire. Ann. n. méd. et chir. inf., 1910.

223. E. Beck. Über die konservative Behandlung kalter Abszesse. Wiener klin. Wochenschr., 1911.

224. M. Berliner. Weitere Ergebnisse über intramuskuläre Menthol-Enkalyptolinjektionen bei Bronchitis, Lungengangrän und Tuberkulose. Berliner klin. Wochensch., 1910.

225. L. Bernard. Le traitement de la tuberculose rénale. Néphrectomie précoce ou tuberculine? La presse méd., 1911, S. 569.

226. W. Boehme. Verrukös er Lupus der Hände. Ver. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Berlin, 24. Jänner 1910.

227. J. Bradshaw. Tuberculous peritonitis in children. With a report of a cure following two operations in a dry non-exsudative form of the disease. Arch. of Péd., 1911, S. 284.

228. W. Broadbent. The tuberculous child. Journ. of the R. Samary Inst., 1911.

229. Calot. Französische Vereinigung für Chirurgie. Paris. Oktober 1910.

230. C. Claeys. Statistique des enfants traités dans le service du Dr. Boca pour tuberculose chirurgicale. Arch. d. mal. des enf., 1910, S. 363.

231. Delrez. Seifeninjektionen in der chirurgischen Therapie, speziell bei chirurgischer Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. 15.

232. L. W. Ely. Observations on pathology, diagnosis and treatment of joint-tuberculosis. N. Y. State Journ. of Med.,1910.

233. Th. Escherich. Über die Indikationen und Erfolge der Tuberkulintherapie im Kindesalter. Mitteilungen d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien 1910.

234. — Über Tuberkulinbehandlung im Kindesalter. Wiener med. Wochenschr., 1911.

235. P. Fainitzki. Ein Fall von Tuberkulose der Bindehaut, behandelt mit Tuberkulin. Westnik Ophthalmol., 1910.

236. A. Fuchs. Über die Behandlung tuberkulöser Kinder mit hohen Tuberkulindosen. Jahrb. f. Kinderheilk., 1910, S. 519.

237. H. Gauvain. The conservative treatment of tuberculous cripples. Ped., 1910, S. 732.

238. H. Goodall. Some results of sanatorium treatment of pulmonary tuberculosis in children. Boston Med. and Surg. Journ., 1910.
239. F. Gourand. La tuberculin-therapie chez l'enfant. Arch. d. mal. des enf., 1910, S. 744.
240. B. Hahn. Die Prognose der offenen Tuberkulose im Kindesalter. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1911.
241. Hamant. Du rôle de l'huile camphrée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique commune. La tub. dans la pratique, 1910.
242. Joachimsthal. Die Fürsorge der Stadt Paris für Kinder mit Knochen- und Gelenkstuberkulose. Berliner klin. Wochenschr., 1911.
243. Jochmann. Über die Behandlung der örtlichen chirurgischen Tuberkulose mit Trypsin. Zeitschr. f. ärztl. Forbildung, 1911.
244. M. Jerusalem. Zur Sonnenlichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. Mitteilungen d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien. Beiblatt, 1911.
245. F. Lange. Die Behandlung der Spondylitis. Jahresbericht f. ärztl. Fortbildung, 1910.
246. J. and N. Leod. The treatment of surgical tuberculosis by vaccines. N. Y. State Journ. of Med., 1910.
247. Ch. L. Leonard. The treatment of tuberculous cervical adenitis by the Röntgenrays. Journ. Amer. Med. Assoc., 1910.
248. H. Lichtenstein. Die Behandlung der Tuberkulose mittels natürlichen menschlichen Serums. Med. Klinik, 1910.
249. E. Loeper and Ch. Esmonet. Französischer Kongreß für interne Medizin. Paris, Oktober 1910.
250. Löwenstein. Tuberkulinerfolge bei 682 offenen Lungentuberkulösen. Deutsche med. Wochenschr., 1910.
251. H. Maaß. Zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung., 1911.
252. Mantoux. Le traitement par la tuberculine des tuberculoses urinaires. Presse Méd., 1910.
253. F. Mason. Treatement of Potts disease and complications. Ped., 1910, S. 423.
254. Mongour. Traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum de Marmoreck.
255. C. Muthu. Contined antiseptic inhalation in the treatment of pulmonary tuberculosis. Brit. med. Journ., 1911, S. 671.
256. Neumann. Tuberkulosebehandlung mit großen Tuberkulindosen. Berliner klin. Wochenschr., 1910.
257. Nobécourt. L'alimentation des enfants tuberculeux. Journ. de Diét. et de Bactériother., 1911.
258. J. Nutt. Tuberculous joint-diseases. Journ. Amer. Med. Assoc., 1911.
259. F. Pottenger. Immunity in tuberculosis considered from both the experimental and clinical standpoint. Med. Rec., 1910.
260. M. Rafalowski. Zur Frage der Behandlung der Halsdrüsen- und Knochentuberkulose mit Röntgenlicht. Diss., Basel 1910.
261. N. Raw. The treatement of pulmonary tuberculosis with bovine tuberculin. Lancet, 1911, S. 927.
262. P. Rohmer. Tuberkulose und Tuberkulintherapie im Säuglings- und frühen Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk., 1911, Bd. 55, S. 91 u. Bd. 56, S. 97.
263. Rollier. Die Sonnenbestrahlung der chirurgischen Tuberkulose. Zeitschr. f. Baln. u. Klim., 1911.
264. Rolly. Zur speziellen Diagnostik und Therapie der Lungentuberkulose. Münchener med. Wochenschr., 1910.
265. M. Romanowsky. Die Behandlung der Lungentuberkulose mit unvollständig oxydiertem Phosphor.
266. M. Roussiel. Du traitement de la péritonite tuberculeuse chronique. Soc. roy. des sciences méd. et natur. d. Bruxelles, 1911, S. 82.

267. K. and S. v. Ruck. Specific treatment in pulmonary tuberculosis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1910.
268. Salzmann. Die Anwendung des Radiums bei tuberkulösen Erkrankungen. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1910.
269. M. Schäfer. Erfahrungen mit Tuberkulin Rosenbach. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1911.
270. Scheltema. Vorläufige Erfahrungen über Tuberkulinbehandlung im Kinderkrankenhause in Groningen. Sitzung d. holländ. Ges. f. Kinderheilk. in Rotterdam, 26. November 1910.
271. E. Schmidt. Beitrag zu Wrights Lehre von den Opsoninen. Klin.-therap. Wochenschr., 1910.
272. W. Schmidt. Die Sanatorien für Kinder in Windau und in Berc sur mer auf Grund persönlich gewonnener Eindrücke. Medizinski Obosrenje, 1910.
273. W. Sluys. Zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter und bei Erwachsenen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1911, S. 526.
274. Sohler. Über Trypsinbehandlung bei chirurgischer Tuberkulose. Münchener med. Wochenschr., 1910.
275. Stümpke. Die Quarzlampe in der Therapie des Lupus vulgaris. Dermatol. Zeitschr., 1911.
276. M. Strauß. Die Karbolsäurebehandlung der Knochen- und Gelenkstuberkulose. Klin.-therap. Wochenschr., 1910.
277. Wallerstein. Über den diagnostischen Wert der v. Pirquetschen Reaktion und die Behandlung der Tuberkulose mit Tuberkulin-Kutanimpfungen. Berliner klin. Wochenschr., 1911.
278. S. J. Warren. Tuberculosis of the elbow. Bost. Med. and Surg. Journ., 1910.
279. H. Weitling. Das Marmoreksche Antituberkuloseserum und seine Anwendung. Diss., Berlin 1910.
280. H. Wittich. Versuch einer poliklinischen Tuberkulinbehandlung der kindlichen Skrofulose und Tuberkulose. Diss., Berlin 1911
281. F. Wolff. Über den Einfluß des Klimas auf den Verlauf der Lungentuberkulose. Klin.-therap. Wochenschr., 1911.
282. B. Wright. The treatment of tuberculosis by deep muscular injections of mercury. New York., Med. Jorun., 1911.
283. Zur Werth. Karbenzym bei tuberkulösen Affektionen. Münchener med. Wochenschr., 1910.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

Hertz. *Über die Sensibilität des Magendarmkanals bei Gesundheit und Krankheit.* (Lancet, Vol. I, Nr. 16, 1911.)

Um die Ursachen des Schmerzes und anderer abnormer Sensationen bei Erkrankungen des Magendarmkanals zu ergründen, hat Hertz zunächst experimentelle Untersuchungen über die Sensibilität des Ösophagus, Magens und Darms gegenüber taktilen, thermischen und chemischen Reizen angestellt. Dieselben haben zu folgenden Resultaten geführt:

I. Taktile Sensibilität: Wenn chemisch indifferente Substanzen, die auf Körpertemperatur erwärmt sind, verschluckt werden, so lösen sie keine Empfindung aus, nachdem sie den Pharynx ver-

lassen haben, und ihr Durchgang durch den Darm wird erst beim Übergange der Fäces in das Rektum unmittelbar vor der Stuhlentleerung gefühlt. Die Empfindlichkeit des Ösophagus wurde in der Weise geprüft, daß ein Gummirohr in den Ösophagus verschieden tief eingeführt wurde; durch dasselbe wurden dickflüssige Lösungen, auf Körpertemperatur erwärmt, eingegossen. Ferner wurden Versuche mit einem seitlich gefensterten Ösophagoskop gemacht. Durch das Fenster wurden mit einer an einem langen Stiel sitzenden Metallkugel, die auf Körpertemperatur erwärmt war, verschiedene Partien der Ösophagusschleimhaut bestrichen. Der ganze Ösophagus war empfindungslos. Der Pharynx war empfindlich; die Wahrnehmung des Berührungsreizes hörte plötzlich am obern Rand des Ringknorpels auf, der ja auch allgemein als die anatomische Trennung zwischen Pharynx und Ösophagus gilt, wenn auch an dieser Stelle keine scharfe Abgrenzung des Baues und der Nervenversorgung der Schleimhaut besteht.

Die Unempfindlichkeit der Magen- und Darmschleimhaut gegenüber Berührungsreizen wurde durch das Fehlen jeder Empfindung bewiesen, wenn körperwarme Flüssigkeiten durch einen Schlauch eingeführt wurden, ferner durch analoge Versuche bei Patienten mit Gastrotomie und Kolotomie.

Die Empfindlichkeit der Rektalschleimhaut wurde geprüft, indem die Schleimhaut durch ein Spekulum mit einem flachen Metallinstrument bestrichen wurde. Erst der sehr empfindliche Analkanal ergab ein positives Resultat.

II. Thermale Sensibilität. Im Gegensatze zu Quincke, Neumann und Roux fand Hertz, daß die Einführung von eiskaltem Wasser sowie von Wasser zwischen 40 bis 50° C in einen normalen Magen keinerlei Empfindung verursachte. Bei diesen Versuchen wurden die Eingießungen durch zwei ineinander geschaltete Rohre vorgenommen, da sonst die äußere Rohrwand sich schnell abkühlt oder erhitzt und so als thermaler Reiz auf den Ösophagus einwirkt. Der Ösophagus ist in seinem ganzen Verlauf sensibel gegen Kälte- und Wärmereize. Dieselben werden auch gut lokalisiert. Die thermische Unempfindlichkeit des Magens konnte auch durch direkte Eingießungen bei vier gastrotomierten Patienten festgestellt werden. James Mackenzie hat die Empfindung von Wärme und Kälte, die wir nach Einnahme von entsprechenden Flüssigkeiten im Epigastrium haben, durch reflektorische Gefäßveränderungen der Hautdecke in dieser Region erklärt. Hertz und seine Mitarbeiter erbringen den Beweis, daß dies nicht der Fall ist. Sie legten Eis auf das Epigastrium und führten dann eiskaltes Wasser durch ein Rohr in den Ösophagus ein. Sofort wurde eine tiefer als die Hautkälte lokalisierte Kälteempfindung angegeben.

Da bei einer Patientin mit schwerer Bulbusparalyse, bei der an Rumpf und Extremitäten keine Sensibilitätsstörungen bestanden, die thermale Sensibilität des Ösophagus erloschen war, nimmt Hertz an, daß dieselbe wahrscheinlich durch die Vagi und nicht durch den Sympathikus dem Zentralnervensysteme vermittelt werden.

Bei analogen Versuchen erwies sich der Dickdarm in den meisten Fällen als unempfindlich gegen thermale Reize, während der Analkanal sehr empfindlich ist.

Es scheinen übrigens individuelle Verschiedenheiten für die thermalen Wahrnehmungen zu bestehen. So entstand bei Becher (Zeitschrift f. Physiol., 1908) keinerlei thermale Empfindung, nachdem kalte und warme Flüssigkeiten den Pharynx passiert hatten.

Interessant ist eine Beobachtung, die Hertz an einem Manne machen konnte, der seit Jahrzehnten an einem Hitzegefühl im Abdomen litt, das er hauptsächlich im Magen lokalisierte und das durch heiße Speisen verstärkt wurde. Der Patient hatte deshalb seit Jahren nur kalte Nahrung und eisgekühltes Wasser konsumiert. Das Einbringen von heißem oder kaltem Wasser durch einen doppelwandigen Schlauch in den Magen rief bei ihm keinerlei thermale Wahrnehmung hervor.

III. Empfindungen, die durch chemische Reize hervorgerufen werden. 0·4 bis 0·5%ige Salzsäure wurde sowohl durch ein Rohr in den Ösophagus und in den leeren Magen einer normalen Versuchsperson wie direkt durch die Gastrotomiewunde bei Patienten mit Ösophagusstriktur in den Magen eingeführt und bewirkte keinerlei Empfindung.

J. E. Schmidt hat dieselben Versuche mit Salzsäure von 2% angestellt mit dem gleichen Resultat. Da niemals 0·5% freie Salzsäure im Magen vorhanden ist, kann also der Schmerz bei Hyperazidität nicht durch die Anwesenheit der Säure allein verursacht werden.

Die Salzsäureversuche wurden dann auch bei Patienten mit Magengeschwür (durch Operation gesicherte Diagnose) angestellt. Weder bei Einführung der Säure allein noch in Verbindung mit Pepsin trat Schmerzempfindung auf. Daß die Säure aber dennoch an dem Zustandekommen der Schmerzempfindung beteiligt ist, scheint aus dem Sistieren des Schmerzes bei Alkaligaben hervorzugehen.

1% Milchsäure und 1% Essigsäure verursachten ebenfalls keinen Schmerz im Ösophagus und Magen. 48% Alkohol verursachte Wärmeempfindung im Magen und ein starkes Gefühl von Brennen in dem untern Teil des Ösophagus.

Bei der vorhin erwähnten Patientin mit Bulbärparalyse, bei der die Einbringung von heißem Wasser keinen Empfindungsreiz darstellte, verursachte Alkohol das Gefühl von Brennen. Die Leitung scheint hier also nicht durch den Vagus zu dem erkrankten Vaguskern, sondern durch den Sympathikus zu gehen.

Da Salzsäure und organische Säuren im Experiment wirkungslos waren, glaubt Hertz die Empfindung des Sodbrennens auf Bildung von Alkoholen im Magen zurückführen zu können. — Glyzerin wird nur von der Analschleimhaut, nicht aber im Rektum als Reiz empfunden, was für die Wirkungsweise von Glyzerinklystieren bemerkenswert ist. Auch hier bestehen übrigens individuelle Ver-

schiedenheiten: bei der einen Versuchsperson verursachte Glyzerin auf der Analschleimhaut keinerlei Empfindung.

Philippson (Frankfurt a. M.).

Th. Goett. *Zur Bewertung des Assoziationsversuches im Kindesalter.* (Monatschr. f. Kinderheilk., Orig., XI, 59, 1912.)

Zwei klinische Fälle, die die Leistungsfähigkeit des Assoziationsexperiments auch beim Kind erweisen sollen. Beim ersten Kind — einem Mädchen mit Fremdkörperzystitis — ergibt der Assoziationsversuch die Anwesenheit einer Haarnadel in der Blase; beim zweiten — einem Knaben mit langwieriger psychogener Nahrungsverweigerung — läßt sich am Ausfalle des mehrfach wiederholten Versuches zeigen, wie ein affektbetonter Vorstellungskomplex sich Wochen hindurch in gleichsinniger Reaktionsstörung bei gleichen Reizwerten äußert.

Autoreferat.

Frisch. *Über Formamintwirkung.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV, S. 686—689.)

Verf. schreibt den Formaminttabletten folgende Wirkungen zu: Sie wirken desinfizierend bei allen Erkrankungen von Mund, Rachen und Kehlkopf sowie bei allen infektiösen Allgemeinerkrankungen; sie machen die Stoffwechselprodukte der Bakterien unschädlich; sie drücken das Fieber herab durch „antibakterizide" Eigenschaften. Für so weitgehende Schlußfolgerungen sind die mitgeteilten Beobachtungen nicht zureichend. H. Vogt.

Ernährung und Stoffwechsel.

W. Liepmann. *Die Steigerung der Milchsekretion durch gesteigerte Eiweißernährung.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 30.)

Nachdem Verf. in der Klinik und in der Privatpraxis gute Erfolge von der Darreichung von Malztropon bei stillenden Müttern gesehen hatte, versuchte er diese Anschauungen durch Tierexperimente zu fundieren. Er fütterte 4 Ziegen; zwei von ihnen waren zu Kontrolltieren bestimmt, die beiden anderen erhielten zu ihrem Futter Dosen von 100, 150 g und schließlich 300 bis 700 g Malztropon pro Tag. Verf. fand eine Steigerung der Milchproduktion in den Malztroponperioden und führt diese auf die gesteigerte Eiweißernährung zurück. Bemerkenswert ist, daß es sich um Zulagen zur Nahrung, wie sie den Kontrolltieren im Vorversuch gereicht wurde, handelte.

Die Troponwerke werden gewiß stolz sein und wir wollen eine Nachprüfung abwarten. Keller.

B. Salge. *Ein Beitrag zur Pathologie des Mehlnährschadens der Säuglinge.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 125—142.)

Die klinischen Erscheinungen des Mehlnährschadens und die damit verbundenen Störungen im Wasser- und Salzstoffwechsel des

Organismus bilden sich je nach dem Alter und der Konstitution des Kindes verschieden rasch aus. Die durch die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung und der elektrischen Leitfähigkeit nachweisbaren Änderungen in der Zusammensetzung des Blutserums kommen nur bei hochgradigem Mehlnährschaden vor und sind daher prognostisch verwertbar als ungünstiges Symptom. H. Vogt.

H. Liefmann und **Alfred Lindemann.** *Die Säuglingssterblichkeit in Berlin im Sommer 1911.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 29, S. 1364.)

Ähnlich wie in ihrer ausführlichen Arbeit (Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, B. 43; referiert in dieser Monatsschrift in B. XI, S. 155) stellen die Verff. die Verhältnisse der Temperatur und der Säuglingssterblichkeit im Sommer 1911 in Kurvenform dar. Es wird festgestellt, daß die Ärzte in steigendem Maße akute Todesfälle bei Säuglingen an heißen Sommertagen als Hitzschläge aufzufassen geneigt sind. Das ist meiner Ansicht nach nicht verwunderlich; denn wenn ein Mann von der Autorität Finkelsteins in einem Vortrage vor einem zahlreichen Ärztepublikum seine Ansicht von den direkten Hitzeschädigungen des Säuglings entwickelt und von Hitzschlag des Säuglings spricht, dann wird selbstverständlich in der Folgezeit so und so oft die Diagnose Hitzschlag gestellt werden. Das beweist aber nicht das geringste für die Richtigkeit der wissenschaftlichen Auffassungen.

Trotz des Sommers 1911 sind wir in der Erklärung der Sommersterblichkeit bis jetzt noch nicht weiter gekommen. Wichtig ist, daß auch die Verff. erneut feststellen, daß keiner der Autoren, die bisher Hitzschläge beobachtet haben, ein Bild gesehen habe, das der Cholera infantum (Intoxikation) geähnelt hätte. „Störungen von seiten der Verdauungsorgane spielen, wie auch in der Finkelsteinschen Klinik festgestellt wurde — soweit sie überhaupt vorhanden waren — eine ganz untergeordnete Rolle. Es fehlt bisher jeder Anhalt dafür, daß es eine hyperthermisch-diarrhoisch-konvulsivische Form des Hitzschlages gibt, wie sie Rietschel angenommen hat." Diese Konstatierung ist notwendig; denn wenn wir fortwährend die Grundlagen verändern, von denen wir bei weiteren Fragestellungen ausgehen wollen, werden wir in den Forschungen selbst nicht weiterkommen. Und eine der sichersten Grundlagen in der Frage der Sommersterblichkeit ist die Tatsache, daß direkte Hitzeeinwirkung für sich allein beim Säugling nicht Diarrhöen hervorruft. Damit soll aber keineswegs gesagt sein, daß Überhitzung den Säugling überhaupt nicht schädigt.

Man soll sich ebensoweit entfernt davon halten, die neuen Anschauungen als einseitige Phantasien sogenannter Hitzetheoretiker abzutun, wie anderseits davon eine, einmal festgestellte Tatsache zu verallgemeinern, wie es die Verff. am Schlusse ihrer 8 Seiten langen Arbeit tun: „Im vorstehenden haben wir den Einfluß der Hitze, der Ernährung und der Infektion in der Ätiologie der kindlichen Verdauungsstörungen gesondert besprochen. In der größten Mehrzahl

der Fälle werden aber diese Faktoren nur in Kombination miteinander dem Organismus des Säuglings zu schaden vermögen. Wir glauben jedoch, daß die primäre Hitzeschädigung eine besonders wichtige Rolle dabei spielt, indem sie einmal im extremen Falle zum Hitzschlag, bei weniger intensiver Wirkung entweder zur Toleranzherabsetzung mit nachfolgender Ernährungsstörung oder, durch Resistenzverminderung gegen Infektion, zur Bakteriämie und eitrigen Hautentzündung führt." Keller.

Enrique Suñer. *Zur Ätiologie und Prophylaxe der sommerlichen Säuglinglingsdiarrhöen in Spanien.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV, S. 718—723.)

Der auf dem dritten internationalen Kongreß für Säuglingshygiene in Berlin gehaltene Vortrag bringt den Lesern des Jahrbuches nichts Neues. H. Vogt.

Royal Society of Medicine. *Epidemiologische Abteilung. Diarrhöe im Jahre 1911.* (Brit. Journ. of Children's Diseases, Vol. IX, Nr. 103.)

Im Jahre 1911 wurden 6172 Todesfälle an Diarrhöe registriert, d. h. 50·89% mehr als die Durchschnittszahl der Jahre 1901 bis 1910. Folgende Statistik aus einem abgegrenzten Bezirk (Paddington) sei wiedergegeben.

Im Jahre 1811 wurden während 24 Wochen 387 an Diarrhöe erkrankte Kinder unter 2 Jahren registriert. Sterblichkeit der 59 Brustkinder = 0, der 122 künstlich ernährten Kinder 84·6%, der Kinder mit Allaitement mixte = 9·6%.

Es wurde eine weitgehende Korrellation zwischen Erdtemperatur und Sterblichkeit an Diarrhöe festgestellt. Ferner wurden regelmäßige Fliegenzählungen 3mal wöchentlich in 8 verschiedenen Wohnungen vorgenommen. Aus den Resultaten zieht der Referent Dudfield den Schluß, daß die Fliege das Verbindungsglied zwischen Erdtemperatur und Vorherrschen von Diarrhöe ist.

Philippson (Frankfurt a. M.).

O. Herbst. *Beiträge zur Physiologie des Stoffwechsels im Knabenalter mit besonderer Berücksichtigung einiger Mineralstoffe.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, S. 40—130.)

Verf. hat einen 6tägigen Stoffwechselversuch mit 4 gesunden und 2 neuropathischen in der körperlichen Entwicklung zurückgebliebenen Knaben im Alter von 6 bis 14 Jahren ausgeführt. Dabei entfernte sich sowohl die Kost als die Lebensweise der Kinder möglichst wenig von der Norm. Die Nahrungsmengen waren nicht vorgeschrieben, sondern wurden nach den Wünschen der Kinder bemessen. So ergab sich eine ziemlich reichliche Kalorienzufuhr; der Energiequotient betrug bei den 4 jüngsten Knaben im Durchschnitte 80·7 und bei einem $13^1/_2$ jährigen 65. Den höchsten Energiequotienten mit 92 hatte ein besonders lebhafter muskelkräftiger Knabe von $7^1/_2$ Jahren. Bei einer Eiweißzuhr von 2·1 bis 3·3 g auf das Kilo Körpergewicht

wurde ziemlich reichlich Stickstoff retiniert, auch wenn man die Stickstoffausscheidung durch den Schweiß verhältnismäßig hoch veranschlagt. Die Kost war ziemlich fettreich, es kamen 2·5 bis 3·6 g Fett auf ein Kilo Körpergewicht, während die aus Durchschnittszahlen berechnete Kohlehydratzufuhr zwischen 7·7 und 10·7 g schwankte. Die für die Wasserabgabe durch Haut und Lungen berechneten Werte sind ziemlich hoch, wie zu erwarten war, bei den lebhaften Knaben, die während heißer Tage sich viel im Freien bewegten; sie betragen 28·5 bis 36·8. Die Menge des frischen Kotes und der Trockensubstanz (im Mittel 24·9 g täglich) war gering, was der schlackenarmen Kost entspricht. Vom Kotfett waren im Mittel 55·8% ungespalten, während beim Erwachsenen durchschnittlich nur 34% der Spaltung entgehen. Dieser Unterschied beruht wohl darauf, daß die Fettresorption ungewöhnlich gut war, da nur 2·1% der Zufuhr im Kote an Fett auftrat. Anscheinend waren die geringen im Kot enthaltenen Mengen Fett zum größten Teil vom Darm selbst geliefert, da sie in ihrer Zusammensetzung dem Hungerkot entsprechen, der nach Fr. Müller 47 bis 55% Neutralfett enthält.

Die Nahrung enthielt auf den Tag 3 bis 3·9 g Phorphorsäure; den Bedarf möchte Verf. für ein 6jähriges Kind auf 1·4 bis 2 g veranschlagen. Im Harn wurde etwa die Hälfte, durch den Kot etwa ein Fünftel der aufgenommenen Phosphorsäure ausgeschieden. Es wurde zwischen 0·5 bis 1 g täglich angesetzt. Während Kaufmann und Mohr bei Eiweißmast an Erwachsenen sehr starke Stickstoffretention bei geringerem Ansatze an Kalk und Phosphosräure gefunden haben, retinierten die Versuchskinder des Verf. verhältnismäßig viel mehr Phosphorsäure ($N : P_2O_5$ etwa wie 1·2 : 1). Die Kalkzufuhr betrug 1 bis 1·4 g täglich und führte zu guter Retention, 32·1 bis 49·3% der Einnahme entsprechend. Ungefähr $^2/_3$ des gesamten Nahrungskalkes waren in der Milch enthalten; vom Rest entfiel ein beträchtlicher Anteil auf das Trink- und Kochwasser. Die schwächer entwickelten neuropathischen Kinder schieden mehr Kalk im Harn aus als die gesunden. Bei den gesunden Kindern betrug das Verhältnis der Kalkausscheidung im Harn zu der im Kot 11 : 89, bei den anderen dagegen 27 : 73. Die Retention betrug im Mittel von allen Kindern 35% der Zufuhr. Von Magnesia wurden von den jüngeren Kindern 0·3 bis 0·37 g täglich aufgenommen, von den älteren 0·41 bis 0·48 g; die Ausscheidung mit dem Kot war ziemlich gleichmäßig bei den verschiedenen Kindern und erreichte im Durchschnitt 46% der Einnahme. Retiniert wurden im Mittel 36·3% der Zufuhr. Der Kochsalzumsatz kann nicht genau angegeben werden, weil die Ausscheidung mit dem Schweiß nicht bekannt ist. Mit dem Kote wurden nur in einem Falle mehr als 0·1 g Kochsalz ausgeschieden. Der Gehalt der Nahrung an Kaliumoxyd betrug bei dem $13^1/_2$jährigen Knaben etwa 3 g, bei den jüngeren Kindern im Mittel 2·3 g täglich. Bei 2 Knaben bestand etwa Gleichgewicht zwischen Einfuhr und Ausfuhr an Kali, bei 3 eine negative und nur bei einem eine geringe positive Bilanz. Die retinierten Nahrungsbestandteile sind wahrscheinlich zur Gewebsumbildung verbraucht worden; dabei ist an-

scheinend Phosphorsäure in einer den Wachstumsbedarf übersteigenden Menge retiniert worden. Die schwach entwickelten Knaben unterschieden sich in bezug auf den Ansatz nicht von den übrigen.
H. Vogt.

Georg Wolff. *Über den Kalk- und Phosphorsäurestoffwechsel des Säuglings bei knapper und reichlicher Ernährung mit Kuhmilch.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 180—204.)

Verf. hat einen gesunden Säugling von 8 Monaten zunächst mit knappen Milchmengen ernährt, wobei der Nahrungsbedarf des Kindes nicht gedeckt war und Abnahme des Körpergewichts erfolgte, und dann mit größeren Mengen Vollmilch, wobei wieder Zunahme stattfand. Während der ersten Periode hat das Kind sich annähernd im Stickstoffgleichgewicht gehalten, aber Verluste an Kalk und an Phorphorsäure gehabt; in der zweiten Periode hat es sowohl Stickstoff wie Kalk und Phosphorsäure retiniert. Verf. betont, daß die schädliche Einwirkung des Fettes auf die Kalkbilanz, wie sie von Kochmann und anderen beobachtet wurde, in seinem Versuche nicht zutage tritt. Um diese Einwirkung zu demonstrieren, war aber seine Versuchsanordnung nicht glücklich gewählt. Denn die erhöhte Fettzufuhr fällt in seinem Versuche in das Stadium der Reparation nach der vorhergehenden Unterernährung, wodurch natürlich besondere Verhältnisse geschaffen sind. Außerdem ist aber die Fettzufuhr auch in der zweiten Periode durchaus keine überaus reichliche, da eine ziemlich fettarme Milch verwendet wurde. H. Vogt.

F. Lust und **L. Klocman.** *Stoffwechselversuche bei Barlowscher Krankheit.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV, S. 663—685.)

Die Versuche wurden an einem 18 Monate alten Kinde zunächst auf der Höhe der Erkrankung angestellt, dann im Beginne der Besserung und schließlich bei weit fortgeschrittener Heilung. Der Stickstoffumsatz zeigte keine Abweichung von der Norm. Dagegen war die Retention von Gesamtasche, von Chlor, Phosphor und Kalk im ersten Versuch auffallend groß, während beim zweiten Versuch alle Bilanzen der Mineralien negativ waren und beim dritten Versuch sich der Norm näherten, ohne sie ganz zu erreichen. Die Verff. glauben, daß ihre Stoffwechselversuche auf chemischem Wege die von pathologischen Anatomen angenommene Anreicherung der Knochen an Kalk bestätigen. Die Bedeutung, welche die Resorption der Blutextravasate für den Stoffwechsel gehabt haben könnte, wird nicht näher erörtert. H. Vogt.

Klinik der Kinderkrankheiten.

Rollestone. *Zerstörung der Uvula bei Vincentscher Angina.* (Brit. Journ. of Children's Diseases, Vol. IX, Nr. 103.)

Bericht über einen Fall von Angina vincentii, der unter Verlust der Uvula, der vorderen Gaumenbögen und eines Teiles der Tonsillen

und des weichen Gaumens in Heilung ausging. Da das Kind unter der Diagnose Diphtherie eingeliefert worden war und auch einige Diphtheriebazillen nachgewiesen wurden, die Verf. aber in diesem Falle nicht für pathognomonisch hält, wurden 8000 Antitoxineinheiten gegeben, die auf den Destruktionsprozeß ohne jeden Einfluß blieben. Obwohl keinerlei Anzeichen für Syphilis weder bei dem Kinde noch in der Familiengeschichte sprachen, wurde im Verlauf der Krankheit einmal Wassermann positiv festgestellt. Nach weiteren 14 Tagen fiel die Reaktion negativ aus. Philippson (Frankfurt a. M.).

Aug. B. Wadsworth. *Untersuchungen über Pneumokokkeninfektion der Tiere.* (Journ. of exper. Med., XVI, p. 54—77.)

Derselbe. II. Mitteilung: *Die Wirkung der Immunsera bei Pneumokokkeninfektion.* (Ebenda, S. 78—101.)

Verf. untersuchte die Einwirkungen von Pneumokokken auf den tierischen Organismus und die durch sie ausgelösten Immunitätsreaktionen. Der Mensch und die verschiedenen Versuchstiere verhalten sich zwar verschieden gegen Infektion mit Pneumokokken, doch handelt es sich dabei mehr um quantitative Unterschiede; so ist z. B. auch die Pneumonie keine lokale Erkrankung im eigentlichen Sinne, sondern nur eine Phase einer Allgemeinreaktion mit Pneumokokken. Sterile Kulturfiltrate von Pneumokokkenkulturen erwiesen sich wenig giftig, wirkten aber immunisierend gegen Pneumokokkeninfektion. Die abgetöteten Bakterienleiber waren stärker toxisch, doch lösten auch sie fast keine Temperatursteigerung aus. Wiederholte Injektion von Bakterienleibern führte zu fortschreitender Abmagerung, schließlich zum Tode der Versuchstiere, ohne daß charakteristische anatomische Veränderungen eintraten. Intratracheale Injektion der Kulturfiltrate wurde von Kaninchen gut vertragen; die Injektion abgetöteter Pneumokokken machte Fremdkörperpneumonie. Nach den Beobachtungen des Verf. wirkt das Serum Pneumoniekranker agglutinierend auf Pneumokokken, ohne daß zwischen der agglutinierenden Wirksamkeit des Serums und dem Verlaufe der Erkrankung erkennbare Beziehungen bestehen. Bakteriologische Wirksamkeit des Serums infizierter und besonders immunisierter Tiere läßt sich nachweisen, wenn man durch Erhitzen auf 40·5 bis 41·2° C ein Wachstum der Pneumokokken ausschaltet. Durch Immunisierung läßt sich die Bakteriolyse nicht so hoch treiben wie bei Cholera oder Typhus. Bei Kaninchen war eine Phagozytose der Pneumokokken weder in der Lunge noch im zirkulierenden Blut nachzuweisen, wohl aber bei Hunden. In 25 pneumonischen Leichen vom Menschen fand Verf. im Exsudate nur sehr wenig Pneumokokken und nur selten Phagozytose. Virulente Pneumokokkenstämme sind resistent gegen Bakteriolyse und phagozytosefördernde Wirksamkeit von Immunseren, avirulente Stämme erliegen der Phagozytose. — II. Mit Kulturfiltraten vorbehandelte Versuchstiere überstehen die Infektion, obwohl in ihrem Blute längere Zeit lebende Pneumokokken kreisen. Durch Immunisierung mit abgetöteten Bakterien wird starke Bakterizidie angeregt bei geringerer Giftfestigkeit. Die stärkste

immunisierende Wirkung hatte die Vorbehandlung mit Kulturfiltraten und weiterhin mit lebenden virulenten Bakterien. Auf diese Weise kam nicht nur ein Schutz zustande, sondern auch eine Heilwirkung bei vorausgegangener Infektion. Im Organismus aktiv oder passiv immunisierter Hunde erfolgte kräftige Phagozytose im Gegensatze zum Verhalten nicht behandelter Tiere. Unter allen Umständen erfolgt bei Hunden starke Bakteriolyse. Bei Kaninchen spielt Phagozytose keine Rolle, wohl aber läßt sich starke Lyse der Pneumokokken im Körper und außerhalb beobachten. Daß auch Toxine bei der Pneumokokkeninfektion eine Rolle spielen müssen, läßt sich erschließen aus der immunisierenden Wirkung von Kulturfiltraten.

H. Vogt.

Stheeman. *Eulatine bei Keuchhusten.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, I, S. 668.)

Das Eulatine (Amido-Brom-Benzoesäure-Antipyrin) wurde durch Verf. versucht bei 35 ambulanten Keuchhustenpatienten. Die Dosis war unter 1 Jahr 4 mal täglich 0·250 g, für ältere Kinder 4- bis 6 mal täglich 0·250 bis 0·500 g.

Auf Grund seiner Erfahrung ist Verf. der Meinung, daß das Mittel auf die Dauer und die Heftigkeit der einzelnen Anfälle eine günstige Wirkung ausübt. In vielen Fällen besserte sich die Nachtruhe. In sehr vielen Fällen konnte konstatiert werden, daß nach einer scheinbaren Besserung eine nachfolgende Verschlimmerung auftrat.

Graanboom.

Erich Goetze. *Über Masernexanthem und Masernübertragung.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 205—213.)

Verf. hat aus der Literatur eine Anzahl Erkrankungen zusammengestellt, in deren Verlauf ein masernartiges Exanthem vorkommt. Dahin gehören z. B. die Weilsche Krankheit, das sogenannte Schlammfieber und andere. Das dient ihm als Stütze für seine Auffassung, daß das Masernexanthem nur ein Krankheitssymptom darstellt, das, abgesehen von den Masern, auch zahlreichen anderen Krankheiten zukommt. Er hat einem masernkranken Patienten auf der Höhe des Exanthems Blut entnommen und damit intravenös ein Ferkel infiziert. Das Tier zeigte nach 9 Tagen leichte Temperatursteigerung und am 10. Tage ein Exanthem an den Ohren. Mit dem Anstiege der Temperatur nahm auch die Frequenz von Puls und Atmung hohe Werte an.

H. Vogt.

Tait. *Studie über eine Masernepidemie.* (Brit. med. Journ., 2687.)

Aus der Arbeit, die über 437 Fälle von Masern referiert, seien folgende Tatsachen hervorgehoben: 2·29% der erkrankten Kinder waren 2 Monate alt. Tait schreibt die angebliche Immunität der 6 ersten Lebensmonate der Bettisolierung der jungen Säuglinge zu. Diese jungen Säuglinge waren zum Teil recht schwer erkrankt. In einem Fall trat mit dem Exanthem Nasenbluten auf. Überhaupt ist Epistaxis in 10% aller Fälle verzeichnet, sowohl bei leichten wie bei

schwer verlaufenden. Es trat meist entweder unmittelbar vor dem Erscheinen des Exanthems oder innerhalb 12 Stunden nach dem Ausbruch desselben auf, selten 24 Stunden später.

104 Fälle litten an Pneumokokkeninfektion, die bei 10 Kindern mit einer Krisis endete. Die protrahierten Fälle, bei denen nach Abfall der Temperatur Puls und Atmung noch eine Zeitlang frequent blieben, gingen fast alle, trotz z. T. elenden Allgemeinbefindens, in Heilung aus; trotz eifrigen Suchens wurden in keinem dieser Fälle Tuberkelbazillen gefunden.

Eine sehr schlechte Prognose geben Kinder, die anscheinend leicht erkrankt waren, bei denen aber am 2. oder 3. Tage nach dem Erscheinen des Exanthems akute Dyspnöe, Ansteigen der Temperatur und der Pulsfrequenz und Unruhe auftritt. Diese Fälle führten oft innerhalb von 48 Stunden zum Exitus. Konnten Kinder, die an diesem Typus erkrankt waren, einige Zeit erhalten werden, so kamen sie zur Ausheilung; so dauerte bei einem 3jährigen Knaben die Dyspnöe 14 Tage, ohne daß perkutorisch oder auskultatorisch ein bronchopneumonischer Herd nachweisbar war.

Philippson (Frankfurt a. M.).

Milne. *Masern, Behandlung und Prophylaxe.* (Lancet, Vol. I, Nr. 16, 1911.)

Milne ist seit vielen Jahren Arzt an Dr. Barnardos Homes and Hospitals, in denen Tausende von Kindern Aufnahme finden. Er befürwortet mit großem Enthusiasmus eine Behandlungsmethode, die er seit 30 Jahren bei Scharlach, neuerdings auch bei Masern durchgeführt hat und die es ihm ermöglicht, bei diesen beiden Krankheiten ohne jede Isolierung und ohne jede weitere prophylaktische Maßnahme auszukommen. Die Methode besteht darin, daß die Patienten während der ersten vier Erkrankungstage 2 mal täglich vom Kopfe bis zu den Fußsohlen auf der ganzen Körperoberfläche mit Eukalyptusöl eingerieben werden. Vom 5. bis zum 10. Tag eine tägliche Einreibung. Während der ersten 24 Stunden werden Tonsillen und Pharynx 2stündlich mit 10%igem Karbolöl gründlich gepinselt.

Milne behauptet nun, 1. daß bei Scharlachpatienten, die frühzeitig so behandelt werden, keine Sekundärinfektionen, also keine Komplikationen entstehen; 2. daß Scharlachpatienten ohne Infektionsgefahr mit anderen Kindern im gleichen Zimmer, ja, im gleichen Bett schlafen können; 3. daß keinerlei Desinfektion der Krankenstube, des Geschirrs usw. nötig sei.

Bei Masern hat er zwar nicht das Schlafen in demselben Bett, wohl aber den gemeinsamen Aufenthalt im Zimmer mit anderen gesunden Kindern durchgeführt. Dabei standen die Betten so dicht, daß die Kinder sich Spielzeug hinreichen konnten.

Die Massenexperimente, die er angestellt hat, sind derart, daß man nicht weiß, was man mehr bewundern soll: seinen Mut, sein Glück oder die Vortrefflichkeit seiner Methode. So erzählt er u. a. von einem Scharlachfall, der vom 1. Tage seiner Erkrankung auf

einer chirurgischen Abteilung mit 15 anderen Patienten lag, und zwar zwischen zwei Patienten, die 2 Tage nach seiner Einlieferung an Inguinalhernien operiert worden waren. Am 10. Tage stand er auf und spielte auf der Station frei herum. Ein anderer Scharlachfall war in einem Home mit 50 kleinen Kindern und schlief, aß, spielte vom 10. Tage an gemeinsam mit den gesunden Insassen. Ein anderer Fall, der in einem „Receiving Home" auf einem Dorfe auftrat, schlief mit 19 Kindern von 1 bis 15 Jahren zusammen, stand am 10. Tage auf und wurde dann mit 60 Kindern vom Säuglingsalter bis zu 15 Jahren zusammengebracht.

Auch für Masern erbringt Milne Massenexperimente, die die Wirksamkeit seiner Methode glänzend erweisen. Für die Mutigen, die sie nachmachen, sei noch bemerkt, daß die gesunden Kinder, die der Infektion ausgesetzt werden, mit Eukalyptusöl getränkte Tücher auf der Brust tragen sollen; abends wird etwas Eukalyptusöl auf die Betten gesprengt. Philippson (Frankfurt a. M.).

Felix v. Szontagh. *Weitere Fragen im Scharlachproblem.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, Ergänzungsheft, S. 1—39.)

Verf. hat auf Grund seiner Beobachtungen und Erfahrungen den Glauben an die Kontagiosität des Scharlachs aufgegeben. Nach seiner Überzeugung ist für die Entstehung des Scharlachs die Disposition oder veränderte Reaktionsfähigkeit des Körpers von entscheidender Wichtigkeit. Scharlach und Tonsillitis sind Folgen derselben Krankheitsursache, sie verlaufen aber verschieden, weil abweichende Reaktionsfähigkeit oder Schutzlosigkeit (Allergie oder Anaphylaxie) in einem Teil der Fälle das Bild des Scharlachs im Gegensatze zur gewöhnlichen Mandelentzündung entstehen läßt. Scharlach zeigt, wie eine Zusammenstellung des Budapester Materials aus den Jahren 1882 bis 1910 ergibt, eine andere Jahreskurve wie die Masern, die eine ausgesprochene kontagiöse Erkrankung darstellen. Der Wundscharlach und die Fälle von traumatischem Scharlach sprechen dafür, daß für den Ausbruch der Erkrankung die Beschaffenheit des Körpers von Bedeutung ist. Verf. ist sich übrigens selbst klar darüber, daß seine Beweisführung nicht so sicher ist, daß sie jedermann überzeugen wird, und warnt davor, aus seinen Anschauungen voreilig die Berechtigung abzuleiten, die Ansteckungsgefahr bei Scharlach zu vernachlässigen. H. Vogt.

G. Jochmann. *Über Immunotherapie bei Scharlach.* (Veröffentl. a. d. Geb. d. Med.-Verwalt., Bd. I, H. 2, Berlin, 1912.)

Verf. stellt die Literatur über die Serumbehandlung des Scharlachs zusammen, wobei sich die auffallendsten Widersprüche ergeben. Er berichtet sodann über eigene mit G. Michaelis ausgeführte Versuche, die in Behandlung mit Streptokokkenvakzin teils allein, teils verbunden mit Serumtherapie und auch in Behandlung mit Antistreptokokkenserum allein bestanden. Der bei Scharlach meist herabgesetzte opsonische Index für Streptokokken kann durch Einspritzung eines Vakzins gesteigert werden, aber die erwarteten Erfolge

der Behandlung blieben aus. Die Behandlung mit einem Antistreptokokkenserum, das nach Angaben von Meyer und Ruppel von den Höchster Farbwerken hergestellt war, lieferte gute Resultate. Es wurden 50 cm³ des Serums subkutan und in schweren Fällen intravenös gegeben und dieselbe Menge eventuell noch 1- bis 2mal verabfolgt. Für Fälle, die sich trotz Serumbehandlung länger hinziehen, empfiehlt Verf. die gleichzeitige Verwendung von Serum und Vakzin, mit der in einer größeren Beobachtungsreihe gute Erfolge erhalten wurden. Sind schon Streptokokken in größerer Menge in das Blut übergegangen, so sind die Erfolge der spezifischen Therapie gering.

H. Vogt.

H. Kleinschmidt. *Zur Frage der Wirksamkeit des Diphtherieserums bei Beteiligung des Nervensystems an der Erkrankung.* (Experimentelle Untersuchungen.) (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, Ergänzungsheft, S. 179—199.)

Mit Rücksicht auf die in letzter Zeit empfohlene Behandlung der Diphtherielähmungen mit großen Dosen Heilserum hat Verf. den Versuch gemacht, ob es in vitro gelingt, an Nervensubstanz gebundenes Diphtherietoxin durch überschüssiges Antitoxin zu neutralisieren. Zu dem Zwecke wurde Hirnsubstanz von Meerschweinchen, mit Toxin versetzt 2 Stunden, im Brutschrank gehalten, mit Kochsalzlösung gewaschen und dann zum Teil intrakutan injiziert, zum Teil mit Antitoxin nochmals 2 Stunden bei Körpertemperatur gehalten und dann in derselben Weise auf toxische Wirksamkeit geprüft. Es zeigte sich, daß ein nicht unbeträchtlicher Überschuß an Antitoxin imstande ist, das an die Hirnsubstanz gebundene Toxin zu neutralisieren. Die zeitlichen Verhältnisse dieses Vorganges lassen sich nur in engen Grenzen untersuchen, weil bei längerer Aufbewahrung toxinhaltiger Hirnsubstanz im Brutschrank eine spontane Lösung des gebundenen Toxins eintritt.

H. Vogt.

W. Moltschanoff. *Zur Frage über die Rolle der Nebennieren in der Pathologie und Therapie der Diphtherie und anderen Infektionskrankheiten.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, Ergänzungsheft, S. 200—221.)

Die Untersuchungen des Verf. erstrecken sich auf die Nebennieren von Kindern, die an Diphtherie, Scharlach oder anderen Infektionskrankheiten verstorben waren. Daneben wurden Meerschweinchen mit Diphtherietoxin vergiftet und die Veränderungen an den Nebennieren zu verschiedenen Zeiten nach dem Eingriff untersucht. Er kommt zum Schluß, daß die Veränderungen an den Nebennieren bei Diphtherie nicht einfach degenerativer Natur sind, daß sich vielmehr in ihnen ein aktiver Anteil der Drüse am diphtherischen Prozeß zu erkennen gibt. Regelmäßig findet sich Hyperämie, nicht selten auch kleine Blutextravasate in der Marksubstanz. Die Zellveränderungen waren abhängig von der Dauer der Erkrankung. Im Beginne kommt es zu Verstärkung der Zelltätigkeit in der Rindensubstanz, zu gesteigerter Bildung von Lipoidsubstanzen; im weiteren

Verlauf machen sich regressive Veränderungen in Gestalt von Degeneration und Atrophie bemerklich. In der Marksubstanz beobachtete er in der Mehrzahl der Fälle Abschwächung bei völligem Schwund der Chromreaktion. Verf. hat Adrenalin Takamine mit Kochsalzlösung subkutan zur Bekämpfung der Herzschwäche bei Diphtherie verwandt und gute Erfolge gesehen. H. Vogt.

O. Nordmann. *Klinische Erfahrungen während der letztjährigen schweren Diphtherieepidemie.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 31.)

Es handelt sich um das Material der chirurgischen Abteilung des Auguste-Victoria-Krankenhauses Berlin-Schönberg. Nichts Neues. Keller.

Stokvis. *Die Rolle der Schule bei der Verbreitung der Diphtherie und die bakterielle Diagnose dieser Krankheit.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, I, S. 494.)

S. erinnert an die Tatsache, daß die Übertragung der Diphtherie mehr durch den menschlichen Körper als durch leblose Objekte geschieht. Infolgedessen werden in den letzten Jahren die Bazillenträger als besonders gefährlich und die Rolle der Schule für die Übertragung der Krankheit als sehr bedeutend betrachtet.

Bei einem Studium der Morbidität an Diphtherie in Amsterdam während der Jahre 1907 bis 1910 fand Verf. indessen, daß diese Morbidität auf 100.000 Lebende einer bestimmten Altersklasse 100 für das Alter von 0 bis 1 Jahr, 721 von 1 bis 6 und 102 von 6 bis 13 Jahren war. Es zeigte sich also, ganz in Übereinstimmung mit dem Befunde von Weichselbaum und Flügge, daß auch hier im schulpflichtigem Alter die Frequenz bedeutend herunterging.

Es wurde nun weiter an zwei Schulen, in denen fortwährend Fälle von Diphtheritis vorkamen, bei den gesunden Schülern nach Bazillen untersucht. In keinem einzigen Falle konnten virulente Diphtheriebazillen konstatiert werden. Zwar wurden bei 19 Schülern diphtheriebazillenähnliche Stäbchen gefunden, aber in all diesen Fällen konnte festgestellt werden, daß die betreffenden Schüler außerhalb der Schule mit Diphtheriekranken in Berührung gewesen waren.

In einer dritten Schule wurden nur die Schüler untersucht, die selbst an Diphtherie gelitten hatten oder welche zu einer Familie gehörten, wo Diphtheritis zuvor konstatiert war. Bei vielen dieser Schulen wurden im Nasenschleime avirulente diphtheriebazillenähnliche Stäbchen gefunden, die nach Verf. keine Gefahr für die Ansteckung bieten.

Was nun die Differentialdiagnose zwischen Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen anbetrifft, so kommt Verf. nach Analyse der gebräuchlichen Methoden (kulturelle, morphologische und biologische) und aus eigenen Untersuchungen (in 3 Fällen gelang es, Meerschweinchen durch Injektion von steigenden Dosen einer Pseudodiphtheriebazillenkultur gegen Injektion mit Diphtheriebazillen immun zu machen) zu dem Schlusse, daß beide Bazillen nur durch Virulenz-

bestimmung zu differenzieren seien. Jedenfalls ist Verf. der Meinung, der Pseudobazillus sei ein avirulenter Diphtheriebazillus, ungefährlich für den Träger und seine Umgebung. Verf. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die Rolle der Schule für die Verbreitung der Diphtherie ist nicht bedeutend.

2 Die Maßnahmen zur Bekämpfung der Diphtherie sollen bestehen in:

a) Der Patient, der diphtherieleidend gewesen ist, darf nur dann als ungefährlich betrachtet werden, wenn nach dreifach wiederholter Untersuchung Rachen und Nase frei von virulenten Diphtheriebazillen sind.

b) Rachen und Nase der betreffenden Familien sollen auf virulente Diphtheriebazillen untersucht werden. Bei eventueller Anwesenheit sollen die betreffenden Personen isoliert werden, bis sie frei sind.

3. Für die Erkennung der Bazillen ist die Virulenzbestimmung unentbehrlich.

4. Der Pseudodiphtheriebazillus ist ein virulenter und harmloser Diphtheriebazillus. Graanboom.

Josef Langer. *Schule und epidemische Kinderlähmung. Beobachtungen aus der steirischen Poliomyelitisepidemie des Jahres 1909.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 143—159.)

Verf. hat kurze Zeit nach dem Abklingen der steirischen Poliomyelitisepidemie aus dem Jahre 1909 mit Hilfe von Fragebogen festzustellen versucht, welche Bedeutung der Schule für die Verbreitung der Epidemie zukam. An dieser Epidemie waren übrigens, wie das auch sonst beobachtet wurde, überwiegend Kinder beteiligt, die noch nicht im schulpflichtigen Alter standen ($^{13}/_{17}$ aller Fälle). Für die Bedeutung der Schule als Infektionsquelle sprach, daß 60 Erkrankungen auf die Schulzeit, 37 auf die Ferien entfielen. Neben mehrfachen Erkrankungen, die sich auf verschiedene Klassen verteilten, kam es 12mal zu Doppelfällen, 2mal zu 3 und 1mal zu 5 Fällen in einer Klasse. In 6 Schulen waren die Erkrankten direkte Sitznachbarn und 10mal waren bei mehrfachen Erkrankungen in einer Klasse ausschließlich gleichgeschlechtliche Kinder betroffen. Die erkrankten Kinder hatten öfter auf dem Schulwege usw. in näherer Berührung gestanden. Ein Teil der Erkrankungen der Schulkinder trat in solchen Klassen auf, die von Geschwistern poliomyelitischer nicht schulpflichtiger Kinder besucht wurden. Anderseits blieben die in Schulen auftretenden Fälle öfter die einzigen, obwohl keine Vorsichtsmaßregeln ergriffen wurden. Auch bestanden zuweilen so lange Zwischenräume zwischen den auf eine Klasse entfallenden Erkrankungen, daß man eine Inkubationszeit von mehr als 6 Wochen annehmen müßte. Die gleichzeitige Erkrankung von mehreren Kindern einer Klasse könnte auf einen Bazillenträger unter den Mitschülern, aber ebensogut auf eine außerhalb der Schule gelegene Infektionsquelle zurückgeführt werden. Auf jeden Fall bilden auch die Er-

fahrungen dieser Epidemie eine Mahnung, in jedem Falle von Poliomyelitis Maßnahmen gegen die Weiterverbreitung der Erkrankung zu treffen. H. Vogt.

S. Miura. *Beitrag zur pathologischen Anatomie der zerebralen Diplegie im Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, S. 1—20.)

Verf. berichtet über den makroskopischen und mikroskopischen Obduktionsbefund bei zwei idiotischen Kindern mit zerebraler spastischer Diplegie, die im Alter von $2^1/_2$ respektive $4^1/_2$ Jahren gestorben waren. Im ersten Fall bestand eine allgemeine Mikrogyrie neben Einsenkungen an den vorderen Zentralwindungen und der oberen Schläfenwindungen beiderseits. Da sich bei der mikroskopischen Untersuchung keine Zeichen von Entzündung, auch keine Erweichung oder Sklerose an den Windungen auffinden ließen, so ist ihre mangelhafte Ausbildung mit Wahrscheinlichkeit auf eine Entwicklungshemmung zu beziehen. Der gleichzeitig bestehende mäßig starke Hydrocephalus internus kann nicht als Ursache der Mikrogyrie angesehen werden, da weder eine Erweiterung des Schädels noch Veränderungen an den Basalganglien vorhanden waren. Wahrscheinlich ist der Hydrozephalus infolge der Atrophie der Hirnwindungen entstanden und diese selbst auf eine Wachstumshemmung zurückzuführen. Die einseitige Läsion der Pyramidenvorderstrangbahn ist auch als eine primäre Entwicklungshemmung zu deuten, da die Läsionen der motorischen Rindenregion beiderseits stark ausgeprägt waren. Im zweiten Falle waren die makroskopischen Veränderungen des Gehirns weniger ausgeprägt und beschränkten sich auf seichte Grubenbildung an beiden Zentral- und Okzipitalwindungen. Auch dabei handelte es sich offenbar um Entwicklungshemmung, da die mikroskopische Untersuchung eine Abnahme der Zahl der Ganglienzellen und Nervenfasern ergab, während entzündliche Veränderungen fehlten.

Die Pyramidenbahnen waren in diesem Falle normal. Daß gerade die Zellen der motorischen Zentren der Hirnrinde, die eine besondere Differenzierung durchmachen müssen, von einer Entwicklungshemmung besonders stark betroffen werden, hat nichts Auffallendes. Beide Kinder hatten eine einseitige Hüftgelenksluxation, die auf die Spasmen zurückgeführt werden muß. H. Vogt.

H. Kowarski. *Sechs Fälle von Idiotia amaurotica progressiva familiaris infantilis.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, S. 58—70.)

Verf. hat 6 Fälle der Erkrankung selbst beobachten können und über ebenso viele anamnestische Angaben erhalten. Nach seiner Überzeugung ist die Erkrankung unter russischen und polnischen Juden nicht so selten, wie man nach der Zahl der veröffentlichten Fälle annehmen könnte, wird aber von den Ärzten sehr leicht verkannt. Er beschreibt als ein Symptom, das auf die Diagnose hinführen kann, das sogenannte Leichenphänomen: Auf den leichten Stoß fällt das sitzende Kind um, ohne den Versuch zu machen, sich im Gleichgewichte zu halten. H. Vogt.

M. Neustaedter. *Ätiologische Faktoren bei anormalen Kindern und ihre Verhütung.* (Americ. Journ. of obstetr. and diseases of women and children, LXV, 1912, p. 132—137.)

Maxim. P. E. Groszmann. *Rückständige oder schwachsinnige Kinder.* Ebenda, S. 138—145.)

Neele B. Neelen. *Moderne Methoden der Behandlung von straffälligen Jugendlichen.* (Ebenda, 146—154.)

Eberhard W. Dittrich. *Die Rolle der Syphilis als Ursache abnormer Entwicklung von Kindern.* (Ebenda, S. 154—161.)

Otto Glogau. *Die Bedingung des Zustandes von Nase, Rachen und Ohr für die abnorme Entwicklung.* (Ebenda, S. 164—168.)

Bosworth E. Mc Cready. *Klinische Studien an abnormen Kindern.* (Ebenda, S. 169—175.)

John M. Fletcher. *Sprachfehler bei Kindern.* (Ebenda, S. 176—186.)

George Meylan. *Einige Beobachtungen über den Wert von körperlichen Übungen in der Behandlung abnormer Knaben.* (Ebenda, 186—189.)

Ludwig F. Meyer. *Spasmophilie.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 27.)

Sammelreferat.

Rudolf Schindler. *Ein Fall von Meningocele spuria traumatica, kombiniert mit Pachymeningitis haemorrhagica interna.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 160—179.)

Bei einem Säugling entwickelte sich im Anschlusse an ein Trauma eine Geschwulst auf der Höhe des linken Scheitelbeins, die eine eiweißreiche und bluthaltige Flüssigkeit enthielt. Die Geschwulst stand offenbar in Zusammenhang mit dem Schädelinnern, deren Druck auf den Tumor beschleunigte den Ausfluß der Zerobrospinalflüssigkeit bei Lumbalpunktion. Bei der Obduktion des Kindes, das im Alter von 2 Jahren einer Tuberkulose erlag, fand sich eine Pachymeningitis haemorrhagica interna, ein Defekt des Schädeldachs an der Stelle der Geschwulst, ein entsprechender Defekt der Meningen sowie eine Porencephalie an der unterhalb der Meningocele gelegenen Hirnpartie. Die Pachymeningitis haem. int. ist für die Entwicklung einer Meningocele spuria traumatica von Bedeutung, weil sie zu einer chronischen Drucksteigerung im Schädelinnern führt und dadurch die Resorption des liquor cerebrospinalis beeinträchtigt. Die Drucksteigerung bei der Pachymeningitis ist, soweit sie nicht durch die plötzlich eintretende Blutung entsteht, auf eine gleichzeitige Schädigung der Kapillaren in den weichen Hirnhäuten durch fortgeleitete Entzündung zu beziehen. Die nachträgliche Erweiterung des infolge des Traumas entstandenen Knochenspaltes im Schädel erklärt Verf. durch Druckatrophie des Knochens unter der dauernden Einwirkung des aus dem Schädelinnern ausgetretenen Liquor cerebrospinalis. Wie die Beobachtung des Falles zeigte, kann die Lumbalpunktion nicht nur die Diagnose einer Meningocele spuria traumatica

erleichtern, sondern bei häufig wiederholter Ausführung auch die Heilung begünstigen. H. Vogt.

Ludwig Scholz. *Über Osteopsathyrosis.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, S. 30—39.)

Bei einem Knaben, der leichte Symptome von Rachitis aufwies, traten im 2. Lebensjahre ohne äußere Gewalteinwirkung zahlreiche Frakturen besonders der Oberschenkel auf. Das Röntgenbild der Knochen zeigte eine mangelhaft entwickelte Kortikalis der Knochen sowie eine osteomalazische Impression des Beckens. Eine Behandlung mit Strontium lacticum wirkte anscheinend ungünstig. Ob die Zufuhr von Milch einer kastrierten Ziege die Heilung befördert hat, läßt Verf. unentschieden. Von Suspensionsbehandlung der gebrochenen Extremitäten sah Verf. keinen Nachteil, wohl aber den Vorteil einer schmerzstillenden Wirkung. H. Vogt.

Rich. Preiswerk. *Ein Beitrag zur Kenntnis der Osteogenesis imperfecta.* (Vrolik). (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, S. 40—57.)

Verf. beschreibt einen Fall von Osteogenesis imperfecta bei einem Kinde, das er im Alter von 2 Jahren längere Zeit klinisch beobachten konnte. Bald nach der Geburt wurden abnorme Knochenbrüchigkeit und eine mangelhafte Knochenbildung am Schädel beobachtet. Späterhin verknöcherte der Schädel und die Frakturen wurden seltener. Eine eingehende Röntgenuntersuchung der Skelette ergab ebenfalls Befunde, die mit der Diagnose der Osteogenesis imperfecta wohl vereinbar erschienen, wie mangelnden Kalkgehalt der Knochen, normale Länge bei auffallend schlanker Gestalt, zahlreiche Frakturen, die mit Bildung abundanter Kallusmassen einhergehen, die später restlos resorbiert werden. Am Becken fand sich ein verminderter Abstand der Femurköpfe und Sitzbeinkörper voneinander bei normaler Distanz der Darmbeinkämme. H. Vogt.

Hans Preusse. *Über eine Mißgeburt mit schräger Gesichtsspalte.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, S. 71—75.)

Trotz hochgradiger Mißbildungen im Bereiche des Kopfes (schräge Gesichtsspalten, Hirnbruch, hochgradiger Hydrozephalus) blieb das Kind 8 Wochen am Leben. Die Mißbildungen waren auf Abschnürung durch Amminonfäden zurückzuführen. Am Gesichtsschädel waren die Verhältnisse der 4. bis 5. Fötalwoche anscheinend ziemlich rein erhalten. H. Vogt.

Albrecht Peiper. *Malignes embryonales Leberadenom im ersten Lebensjahre.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXV, S. 690—717.)

In einem Lebertumor, der von einem 8 Monate alten Kinde stammte, fanden sich bei mikroskopischer Untersuchung verschiedene Zellarten, die der Verf. als undifferenzierte embryonale Leberzellen respektive karzinomatös entartete Leberzellen und Gallengangsepithelien auffaßt. Ganz entsprechend wäre ein von Weber mitgeteilter Fall bei einem elf Monate alten Mädchen zu deuten, während

es sich bei den übrigen in der Literatur mitgeteilten Fällen von gleichzeitiger karzinomatöser Degeneration von Leberzellen und Gallengangsepithelien um ältere Individuen handelte, bei denen eine karzinomatöse Degeneration der Leberanlage nicht in Frage kommt.

H. Vogt.

Peigné. *Les petits Thorax.* (Thèse de Paris, 1911.)

Verf. schildert eingehend die verschiedenen Methoden der Thorakometrie und kommt zu dem Ergebnisse, daß alle unzuverlässig sind. Nur die Orthodiagraphie vermeidet die Fehler der anderen Meßverfahren und gibt konstante Zahlen. Der horizontale, interne Durchmesser (in Höhe der Mamillen) mißt 23 bis 25 cm, der Diameter verticalis internus ist dagegen außerordentlich variabel (15 bis 25 cm). Die gleiche Veränderlichkeit zeigte der Diameter thoraco-abdominalis (Zwerchfellkuppe bis Symphyse), (29 bis 41 cm; Mittelmaß 37). Er ist um so größer, je kleiner der vertikale Durchmesser ist. Die Insuffizienz der verschiedenen Durchmesser wird nicht kompensiert durch eine Zunahme des Diameter anterior-posterior internus. Der letztere Durchmesser ist orthodiagraphisch schwer darstellbar, da die Strahlen beim Durchgang durch den Brustkorb in frontaler Richtung zu stark absorbiert werden. Beim normalen Erwachsenen muß der Diameter verticalis gleich oder größer sein als der dritte Teil des Diameter thoraco-abdominalis. Ist er kleiner als $^1/_3$, dann haben wir einen petit Thorax vor uns. Dasselbe ist der Fall, wenn das Verhältnis des Längendurchmessers zum Körperumfang[1]) unter 1 : 8·5 heruntergeht. (Vergleiche hierzu die Tabellen des Autors.)

Was die „petits Thorax" anbelangt, so sind seine Besitzer meist gut aussehende, fette Individuen, oft mit apoplektischem Habitus, mit großem Abdomen. Die Interkostalräume sind eng, die Schatten der Rippen verlaufen fast horizontal. Im Gegensatze hierzu haben die „Thorax longs" breite Interkostalräume und schiefer stehende Rippenbögen.

Die Kleinheit des Thorax und die Obesitas stehen in gewisser Beziehung. Nach Variot findet sich schon bei Säuglingen eine Kombination von kleinem Thorax und großem Bauch häufig als Folge von „Autointoxikation" auf Grund von Überernährung, häufiger aber noch von Unterernährung.

Es verlohnt sich deshalb nach Verf., das Syndrom: kleiner Thorax — großer Bauch schon bei Säuglingen zu beachten und auf konsekutive Obesitas zu achten.

Klotz.

---

[1]) Was Peigné unter „taille" versteht, geht aus seinen knappen Ausführungen nicht klar hervor. Es wäre möglich, daß er wie Bouchard „tour de taille" meint, ein Maß, das nicht etwa Taillenumfang bedeutet, sondern eine Messung des Umfanges darstellt, die nach v. Bergmann sehr geschickt die Massenverhältnisse der unteren Körperhälfte zum Ausdrucke bringt. (Cf. Bouchard, Traité de Pathologie Générale, III.)

Miller und **Parsons**. *Renaler Infantilismus.* (Brit. Journ. of Children's Diseases, Vol. IX, Nr. 103.)

In Analogie zu den Fällen von Infantilismus, die auf mangelhafter Entwicklung der Sexualorgane beruhen, stellen die Verff. auf Grund mehrerer von ihnen beobachteter Fälle einen Typus von renalem Infantilismus auf, der von fehlerhaften renalen Funktionen begleitet ist und wahrscheinlich denselben seine Entstehung verdankt.

Die Symptomatologie ist in den Hauptzügen folgende: Der Grad des Infantilismus ist verschieden. In den meisten Fällen, in denen organische Nierenerkrankung vorliegt, ist die Größe weit unter der Norm. So war ein $9^3/_4$ Jahre alter Patient nur wenig größer als sein $3^1/_2$jähriger Bruder, ein 9jähriger Patient kleiner als sein 5jähriger Bruder. Die geistige Entwicklung entspricht meist mehr der Größe als dem Alter. Fehlt organische Nierenerkrankung, so ist der Infantilismus meist weniger schwer. In mehreren Fällen wurde Genu valgum beobachtet, vielleicht ein Anzeichen mangelhafter Ossifikation. Die hervorstechendsten Symptome sind Polydipsie und Polyurie. Das Durstgefühl ist sehr stark, die Polyurie manchmal extrem. So entleerte ein Patient in 24 Stunden eine Urinmenge, die ein Viertel seines Körpergewichtes betrug. Bettnässen ist häufig vorhanden. Die Haut ist sehr trocken, das Gesicht runzelig, die Gesichtsfarbe oft blaßgelblich. In manchen Fällen besteht ausgesprochene Anämie.

Das Alter, in welchen den Eltern die Symptome zuerst auffallen, ist von Wichtigkeit. In vielen Fällen sind die Polydipsie und die Polyurie von Geburt an bemerkt worden. Bei diesen Kindern blieb das Wachstum vom Säuglingsalter an zurück. In anderen Fällen sollen die Kinder in den ersten Lebensjahren normal gewesen und Durst, Polyurie und retardiertes Wachstum erst später aufgetreten sein.

Kardiovaskuläre Veränderungen sind bei einigen Kindern nachweisbar und bestehen in Hypertrophie des linken Ventrikels, erhöhtem Blutdruck und Verdickung der Arterienwandungen, die zunächst an der Arteria brachialis nachweisbar sein kann. Die Fälle von renalem Infantilismus können in zwei Gruppen eingeteilt werden:

1. Renaler Infantilismus mit organischer Nierenerkrankung. (Chronische interstitielle Nephritis.)

2. Renaler Infantilismus ohne organische Nierenerkrankung. (Diabetes insipidus.)

Die erste Gruppe, für die im ganzen 8 Beobachtungen mit 4 Autopsiebefunden beigebracht werden, scheiden die Verff. in 4 Unterabteilungen: *a*) Kongenitale Symptome. Keine nachweisbaren kardiovaskulären Veränderungen. *b*) Kongenitale Symptome. Geringfügige kardiovaskuläre Veränderungen. *c*) Kongenitale Symptome. Ausgeprägte kardiovaskuläre Veränderungen. *d*) Später auftretende Symptome.

Von den 8 Kindern dieser Gruppe starben 5, eines im urämischen Anfall, 2 an Pneumonie. (Von zweien, die von Naish beobachtet wurden, wird die Todesursache nicht angegeben.)

Bei der Autopsie fand sich stets interstitielle Nephritis mit sehr zahlreicher Wucherung des Stützgewebes. Ätiologisch konnte hereditäre Syphilis in keinem Falle nachgewiesen werden. Schilddrüsentherapie blieb ohne Erfolg.

Die zweite Gruppe: Renaler Infantilismus ohne organische Nierenerkrankung (Diabetes insipidus) ist durch 3 Fälle vertreten. Der eine betrifft ein 16jähriges Mädchen, das seit 10 Jahren wiederholt in Krankenhausbeobachtung steht. Die Mutter soll auch an Diabetes insipidus gelitten haben; ebenso zwei Brüder, von denen der eine, 27jährige, nur 1·50 m groß ist.

Bei den 3 Fällen von Diabetes insipidus ist das Wachstum nicht so stark gehemmt und die Trockenheit und Runzelung der Haut nicht so ausgeprägt wie bei von chronischer Nephritis begleiteten Fällen von Infantilismus. Philippson (Frankfurt a. M.).

Eduard Melchior. *Zur Kenntnis der kongenitalen Vorderarmsynostosen.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 35.)

In der Breslauer chirurgischen Klinik beobachtete Verf. einen Fall dieser Mißbildung, von der in letzter Zeit des öfteren Kasuistik mitgeteilt worden ist. Im Anschluß an die klinische Besprechung des Falles erörtert Verf. die Pathogenese der Erkrankung und wendet sich gegen die Liebleinsche Auffassung, daß es sich um eine Hemmungsbildung handle, daß die in der frühesten Fötalzeit bestehende partielle Verschmelzung von Ulna und Radius bestehen bleibe, daß die Differenzierung des Capitulum radii unterbleibe und daß dieses obere Radiusende infolge seiner rudimentären Ausbildung den normalen Anschluß an den Humerus nicht erreiche. Auf Grund der Beobachtung in seinem eigenen Falle sowie bei einem andern Falle von kongenitaler Radiusluxation und auf Grund der röntgenologischen Untersuchungen neigt der Verf. zu der Annahme, daß vielmehr bei den kongenitalen Vorderarmsynostosen der primäre Vorgang in der Radiusluxation zu suchen ist, wobei dann die Synostose als das Produkt einer durch den konstanten Druck der aufeinanderliegenden beziehungsweise reibenden Knochen hervorgerufenen ossifizierenden Periostitis anzusehen wäre. Keller.

Marc. Paunz. *Über die Verwendung der direkten Laryngoskopie und Tracheo-Bronchoskopie bei Kindern.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, Ergänzungsheft, S. 131—178.)

Verf. berichtet über eine größere Anzahl von Fällen, in denen die direkte Laryngoskopie und Tracheobronchoskopie bei Kindern wichtige diagnostische und therapeutische Dienste geleistet hat. Dahin gehören die Papillome des Kehlkopfes, dann Fälle von aspirierten Fremdkörpern und Tuberkulose der tracheobronchialen Lymphdrüsen sowie peritracheale und peribronchiale Abszesse. Von 29 wegen Fremdkörpern behandelten Fallen starben 5, während 24 geheilt wurden. Unter den 5 Todesfällen entfallen 3 auf Kinder, die nicht älter als 1 Jahr waren. Auch hochgradige Atemnot, berechnet

auf Verlegung eines Bronchus durch eingedicktes Sekret, konnte mit Erfolg behandelt werden.

In einigen Fällen wurden käsige Massen, die aus verstärkten in die Luftwege perforierten Drüsen stammten und Erstickungssymptome ausgelöst hatten, mit Hilfe der Bronchoskopie entfernt und Heilung erreicht. H. Vogt.

Berichte.

I. Kongreß der „Association internationale de pédiatrie" in Paris vom 7. bis 10. Oktober 1912.

Referent: **Arthur Keller.**

Erste Sitzung am Montag, den 7. Oktober, vormittags 9 Uhr.

Vorsitzende: **Hutinel** (Paris),
Schloßmann (Düsseldorf),
Scheltema (Groningen).

In einer einleitenden Ansprache schildert der Vorsitzende des Kongresses, Professor Hutinel, die Geschichte der Internationalen Gesellschaft für Pädiatrie. Er weist auf die Bedeutung der Kinderheilkunde als Spezialfach und auf die Notwendigkeit, die Fachgenossen zu einer internationalen Vereinigung zusammenzuschließen, hin. Die Pädiatrie sei erst spät dem Beispiele anderer Disziplinen, z. B. der Chirurgie, der Neurologie, der Dermatologie, der Ophthalmologie, der Gynäkologie usw., in der Veranstaltung internationaler Kongresse gefolgt. Des weiteren bespricht Hutinel die Organisation der Internationalen Gesellschaft, des gegenwärtigen und der künftigen Kongresse und teilt mit, daß das internationale Komitee dem Kongresse als Sitz für den nächsten Kongreß im Jahre 1915 Brüssel vorschlägt, und zwar in der Erwägung, daß zu derselben Zeit der internationale Kongreß für Säuglingsschutz (Gouttes de lait) im Haag stattfindet, und gleichzeitig in dem Bestreben, künftig eventuell eine Vereinigung dieser beiden internationalen Kongresse zu erzielen.

Da Professor Troitzky (Charkow) durch Krankheit verhindert ist, dem Kongresse beizuwohnen, verliest der Generalsekretär Barbier (Paris) einen Auszug aus dem von Troitzky angekündigten Vortrage: *„Historische Studie über die Arbeiten der französischen Pädiatrie während der letzten vier Jahrhunderte"*.

1. Hauptreferat: Die Anämien im Kindesalter.

1. **Léon Tixier** (Paris): *„Referat über die Anämien im Säuglingsalter"*.

Nach einer kurzen historischen Übersicht erörtert der Vortragende in einem ersten Kapitel den Stand unserer Kenntnisse über die normale und pathologische Blutbildung im Säuglingsalter.

Das Blut der anämischen Säuglinge bietet eine Reihe von Besonderheiten dar. Die Myeloidreaktion des Blutes gewinnt an Ausbreitung, welches auch die Ursache und der Grad der Verarmung an

Blutkörperchen sein mag; mag es sich um eine schwere oder um eine leichte Anämie handeln, so kommen doch die kernhaltigen Blutkörperchen, die Myelozyten, die Übergangsformen gleichzeitig nebeneinander vor. Dies erklärt sich aus der Zusammensetzung des Knochenmarks, welches, sehr reich an Zellelementen, außerordentlich rasch auf toxisch-infektiöse Reize und auf Blutverluste reagiert.

Eine sehr deutliche Verringerung des Hämoglobingehaltes des Blutes mit einer Verminderung der Blutkörperchenzahl unter die Norm ist gleichfalls eine besondere Eigentümlichkeit der Anämie des Säuglingsalters. Die rasche Erschöpfung der Eisenreserven spielt eine große Rolle, und das ist einer der Gründe, warum die Anämien alementären Ursprungs so häufig sind.

Schließlich scheint eine Abart der Anämie den ersten Lebensjahren eigentümlich zu sein: die Anämie mit Splenomegalie und Myelämie, wie sie von v. Jacksch und Luzet treffend beschrieben worden ist.

Die hämatopoetischen Organe der anämischen oder sonst kranken Kinder sind vom Vortragenden mit moderner Technik untersucht worden. Das Knochenmark schien ihm in erster Linie Interesse zu bieten wegen seiner elektiven Erythrozyten und Leukozyten bildenden Funktion. Die Drüsenreaktionen sind sekundär. Was die Läsionen der Milz betrifft, so ist deren Deutung schwierig, da die lymphoide, myeloide und makrophageische Reaktion dies erschweren. Oft beobachtet man auch Spuren verschiedenartiger Entzündungsprozesse, welche die mit der pathologischen Blutbildung in Zusammenhang stehenden Veränderungen verdecken und verändern.

Die Reaktionen des Knochenmarkes werden nacheinander besprochen: Für die Anämien des ersten Säuglingsalters bei Rachitis, für die Rachitiker mit normalem oder pathologischem Blutbilde, die Kinder mit Splenomegalie, Anämie und Myelämie, die hereditäre Syphilis und die Anämie im Verlaufe von schweren Infektionen.

Es lassen sich folgende Formen unterscheiden: 1. Zeichen von abnorm gesteigerter Funktion des Knochenmarkes, welche sich in einer intensiveren Gefäßbildung und in einer vermehrten Teilung der überernährten Zellen kundgeben. Normalerweise ist Fett von den ersten Monaten an vorhanden. Das myeloide Gewebe dringt dann allmählich zwischen die Bläschen ein, welche in demselben Maße verschwinden, wie das Knochenmark sich vermehrt. Die Bläschen, welche ihr Fett resorbiert haben, bilden sich in anastomosierende Bindegewebszellen um. Diese bilden, nachdem sie zum indifferenzierten Zustand zurückgekehrt sind, ein zartes Retikulum, welches noch weniger sichtbar ist als in normalem Zustande, da es durch die Anhäufung der myeloiden Zellen noch mehr verdeckt wird.

Die medulläre Reaktion ist allgemein oder partiell, je nachdem sie sich auf das ganze Knochenmark oder auf einen Teil desselben erstreckt. Sie ist vollständig oder unvollständig, je nachdem alle Zellformen des myeloiden Gewebes vertreten sind oder nicht; sie ist vollkommen oder unvollkommen, je nachdem sie zur Bildung reifer Zellelemente führt oder nicht. Es gibt bei einer gewissen Zahl von Fällen (Rachitis, hereditäre Syphilis) Strukturunterschiede zwischen dem Marke der Diaphysen und dem der Haversschen Kanäle oder der Hohlräume der Spongiosa. Auch soll man immer, wenn man von der Qualität einer medullären Reaktion spricht, die Gegend genau bezeichnen, von der die untersuchte Markprobe stammt. Im allgemeinen führt die Funktionssteigerung zum Überwiegen der Myelozyten, manchmal der kernhaltigen Blutkörperchen. Wenn die Blutkörperchenbildung zu hastig erfolgt, als daß sie sämtlich zur Reife kommen können, wie bei der Pseudoleukämie, so wird der Kern ausgestoßen, bevor noch das Hämoglobin vollständig entwickelt ist. Das Blutkörperchen wird dann

basophil oder polychromatophil. Außerdem entstehen an den kernhaltigen roten Blutkörperchen kernlose Hämatien von gleicher Größe: daher die Anisozytose. Schließlich kommt es zu normo-, mikro- oder megaloblastischer Reaktion, wenn die Mutterzellen in die peripheren Gefäße eintreten. Unter diesen Umständen werden gewöhnlich auch die Irritationsformen des Kernes beobachtet (zweilappiger, dreilappiger Kern usw.).

2. Zeichen der funktionellen Erschöpfung des Knochenmarkes. Die makroskopischen Zeichen sind häufig trügerisch. Ein rotes Mark kann auch ganz einfach ein hämorrhagisches Mark sein. Die histologische Untersuchung ist in allen zweifelhaften Fällen erforderlich. Man kann den eben beschriebenen vollendeten Reaktionen die unvollendeten Reaktionen gegenüberstellen, bei denen die Zellelemente nicht zur Reife kommen. Die ausschließliche oder überwiegende Neubildung von orthobasophilen Myelozyten, welche außerstande sind, in ihrem Protoplasma differenzierte Granula zu bilden, liegt den larvären Reaktionen (hereditäre Syphilis) zugrunde.

Der indifferenzierte Charakter ist noch ausgesprochener bei den embryonären Reaktionen, bei denen embryonale Zellen allein neugebildet werden (Rubens-Duval). Oft spricht man auch in solchen Fällen, besonders wenn die Zellen klein sind, von einer lymphoiden Umwandlung des Knochenmarkes.

Diese Inselchen von lymphoidem Gewebe sind besonders bei anämischen Rachitikern häufig. Sie nehmen verschiedenes Aussehen an: entweder Anhäufung kleiner Zellen mit hellem Kern oder dichte oder spärliche Nebeneinanderlagerung kleiner Zellen mit kontrahiertem Kerne oder die charakteristische Anordnung lymphatischer Follikel mit hellem Zentrum. Wahrscheinlich existieren ähnliche Veränderungen auch bei anderen chronischen Affektionen. Der Vortragende glaubt jedoch nicht, daß man sie jemals häufiger und sicherer als bei Rachitis beobachten kann.

Die medulläre Aplasie ist das letzte Stadium der Erschöpfung. Die aplastische Anämie ist beim Säuglinge überaus selten, jedoch kann sie durch denselben Mechanismus ausgelöst werden wie beim Erwachsenen. Wie Rubens-Duval gezeigt hat, ist sie dann primär oder aber sekundär nach hyperplastischer Reaktion. Die Rückbildung ist dann identisch mit der normalen Rückbildung des myeloiden Gewebes; nachdem dies durch Fettbläschen ersetzt ist, wird Fett im Innern der fixen Bindegewebszellen des retikulären Gewebes gebildet. Was vom myeloiden Gewebe übrig bleibt, hat die Neigung abnorm zu reagieren: larväre und embryonale Reaktionen.

Bei hereditärer Syphilis hat Tixier jedoch aplastisches Knochenmark gefunden, welches einen Typus fibröser, pathologischer Reaktion zeigt, wie sie von Rubens-Duval und Fage für das Ganglion, von Tixier und Fräulein Feldzer für die Thymus beschrieben ist. In diesen Fällen ist es nicht mehr Fett, sondern Bindegewebe, welches an Stelle des myeloiden Gewebes tritt.

Der Vortragende bespricht weiterhin die Beziehungen, welche zwischen dem Zustande des Blutes und demjenigen der blutbildenden Organe bestehen. In vielen Fällen sind die myeloide Reaktion des Blutes, die Polynukleose und die Eosinophilie der Ausdruck der Hypoplasie der entsprechenden Zellart im Marke. Bei gewissen Formen schwerer Anämie ist dieser Parallelismus jedoch wenig ausgesprochen und es wird dann schwer, über die Qualität der medullären Reaktionen etwas Sicheres festzustellen, wenn man sich nur auf die Blutuntersuchung stützt.

So kommt es, daß die Reaktionen des Knochenmarkes bei vier hereditär-syphilitischen Kindern wesentlich verschieden sein können, und trotzdem ist die Myelämie im einen Fall nicht viel deutlicher als im andern. Ebenso verhält es sich in bezug auf die Leukozyten:

9000 weiße Blutkörperchen können einem sehr zellreichen Mark entsprechen, während 8600 bei einem Kinde gezählt werden, welches ein fast vollständig aplastisches Knochenmark im Femur aufweist.

Die Unterschiede zwischen der pathologischen Blutbildung beim Säuglinge und beim Erwachsenen sind hauptsächlich solche in Einzelheiten. Beim Säuglinge kommen leichter larväre und embryonale, medulläre Reaktionen vor; sein blutbildendes Gewebe reagiert schneller und intensiver auf die verschiedensten Reize; auch werden Normoblasten und sogar Megaloblasten in die Blutbahn geworfen vor der vollständigen Entwicklung der Zelle und vor dem Verschwinden des Kernes. Diese Feststellung hat nicht im entferntesten dieselbe semiologische und prognostische Bedeutung wie beim Erwachsenen. Ebenso haben die larvären Reaktionen den Übergang von Zellen ins Blut zur Folge, deren Ursprung häufig schwer zu erkennen ist, die aber das Blutbild auf Kosten der polynukleären Zellen verändern.

Außerdem sind die Zeichen extramedullärer Blutbildung in der Milz und in den Ganglien, seltener in den anderen Organen, beim Säuglinge viel stärker und leichter zu konstatieren.

Übrigens ist diese Reaktion nur in Ausnahmsfällen vollkommen ausgebildet, die Myelozyten oder die kernhaltigen roten Blutkörperchen beherrschen das Bild; und häufig genug ist die Myelozytose schwer zu erkennen, weil es sich dabei um larväre oder embryonale Reaktionen handelt.

* * *

In den letzten Jahren sind zytologische, chemische, biologische und physikalische Untersuchungen in großer Zahl angestellt worden, deren Ergebnisse der Vortragende zusammenfaßt, soweit sie unsere Kenntnis von den Anämien des Kindesalters bereichert haben. Gewisse Ergebnisse scheinen definitiv festgelegt, andere bedürfen der Ergänzung.

Zytologische Untersuchungen. Mit Hilfe neuer technischer Methoden sind die roten Blutkörperchen eingehender studiert worden (vitale Färbung, Färbung nach May-Grünwald, Giemsa usw.). Einige Autoren betrachten gewisse intra- und extraglobuläre Gebilde als Zeichen der Degeneration der Blutkörperchen. Man kann dem die Anzeigen der Regeneration gegenüberstellen, welche durch die Polychromasie, die nukleären Reste von Jolly, die basophile Färbung, die Anisotzytose usw. dargestellt werden. Die basophilen Granula sind im Blute anämischer Kinder häufig (Starck). Ravenna hat nachgewiesen, daß der erste Erfolg der Eisen- oder Arsenbehandlung der ist, daß die Anzahl der granulierten Blutkörperchen mit Granula zunimmt. Erst später bemerkt man die Zunahme der Zahl der roten Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes.

Jolly hat jedoch die großen Schwierigkeiten der Deutung der basophilen Granulationen nachgewiesen. Er hat bewiesen, daß dieser Befund der Folgezustand einer geringen Hämoglobinmenge sowie eines abnormen Zustandes des Stroma und der Membran ist. Das kann entweder der Ausdruck der Jugend des Blutkörperchens oder im Gegenteile das Anzeichen einer wirklichen Alteration des Hämoglobins im Verlaufe schwerer Anämien sein. Es wäre wünschenswert, daß diese Studien mit technischen Hilfsmitteln wieder aufgenommen würden, welche Fehlerquellen auszumerzen gestatten.

Das Studium der weißen Blutkörperchen ergibt interessante Resultate. Bezüglich der Morphologie der Zellen weiß man, daß nach Arneth der funktionelle Wert um so ausgesprochener ist, je deutlicher die Kernteilung ist. Die Kernteilung ist bei den schweren Anämien sehr weitgehend. Der Gehalt dieser Zellen an neugebildeten Produkten gleicht dem mehrerer Leukozyten mit einfachem Kerne. Systematische Untersuchungen darüber sind

beim Säuglinge noch nicht gemacht worden, wären aber von Interesse in einem Augenblicke, wo man die Bedeutung leukozytärer Fermente für die Hämolyse erkennen lernt.

Die Veränderungen der Leukozytenformen müssen manchmal sehr sorgfältig interpretiert werden. Bei alimentären Anämien sind die polynukleären Zellen oft in beschränkter Zahl vorhanden. Ebenso muß man im Verlaufe von Infektionen, welche Anämien veranlassen, pseudoleukämische Veränderungen des Blutes in Betracht ziehen, welche meist von kurzer Dauer sind (Tixier, Flesch und Schomberger).

Man kann nicht immer die Ursache dieser oder jener Anämie genau feststellen, wenn man sich nur auf die Veränderungen der Leukozytenformen stützt. Jedoch sind Mononukleose und Myelozytose, wie es Sevestre gezeigt hat, wenn auch nicht von absolutem Werte, so doch Anzeichen, welche eine Syphilis vermuten lassen. Da der Parallelismus fehlt, welcher bei schweren Anämien zwischen dem Zustande des Blutes und den zytologischen Beaktionen des Knochenmarkes besteht, so hat man verschiedene andere Methoden angewendet, die genauere Auskunft geben können. Die Biopsie, welche Ghédiné empfiehlt, ist nur ausnahmsweise und auf den Säugling überhaupt nicht anzuwenden. Man muß nach anderen Techniken greifen. Man weiß, daß eine Infektion, welche während einer plastischen Anämie auftritt, von Leukozytose begleitet wird, während bei aplastischen Formen das Blutbild in keiner Weise beeinflußt wird.

Man hat darum auch in neuester Zeit die sogenannte Gelatineprobe empfohlen. v. Decastello und Krjukoff injizieren einige Kubikzentimeter einer sterilisierten 10%igen Gelatinelösung subkutan. Die Blutuntersuchung ergibt nur bei aktivem Knochenmark 14 bis 15 Stunden nach der Injektion eine vorwiegend polynukleäre Leukozytose. Wenn man die Provenienz der Gelatine und deren Sterilisation kennt, kann man ohne Bedenken auch beim Säuglinge das Verfahren anwenden.

Untersuchungen über das Hämoglobin. Den französischen Pädiatern kommt die Ehre zu, einen besonderen Typus der Säuglingsanämie beschrieben zu haben (Hallé und Jolly, Rist und Guillemot, Leenhardt), welche durch eine normale Zahl der Blutkörperchen und durch eine beträchtliche Verminderung des Hämoglobingehaltes und infolgedessen des Index charakterisiert ist. Die Oligochromie ist intensiv (Pseudochlorose, Oligosiderämie). Nach diesen Autoren ist der Leukozytengehalt nicht verändert, es fehlt die myeloide Reaktion. Die Anisozytose, die Poikilozytose und die Polychromatophilie sind stets mehr oder weniger deutlich ausgesprochen.

Tatsächlich ist das Hauptmerkmal dieser Varietät der Anämie die beträchtliche Verminderung des Hämoglobingehaltes, welche im Widerspruche zu der normalen oder geringfügig verminderten Zahl der roten Blutkörperchen steht. Alle übrigen Erscheinungen, wie abweichendes Verhalten der Leukozyten, der roten Blutkörperchen, myelämischer Zustand des Blutes sind inkonstant (Comby, Marfan, Tixier).

Dieser Zustand zeigt sich gewöhnlich im zweiten Lebensjahre. Es ist fast immer eine erworbene Anämie. Die fast ausschließliche Milchernährung ist zu lange fortgesetzt worden, und da dieses Nahrungsmittel nur einen beschränkten Eisengehalt hat, werden die Eisenreserven schneller erschöpft als gewöhnlich. H. Barbier betont, daß akzidentelle oder chronische Intoxikationen wie die verschiedenen Infektionskrankheiten des Kindesalters die Ausgaben an Eisen vermehren und die Periode der Toleranz für Milchernährung herabsetzen können.

Die Oligosiderämie ist zuweilen kongenital; Hutchinson hebt hervor, daß bei Zwillingsgeburt in einer Anzahl von Fällen

der Eisengehalt für beide Kinder unzulänglich wäre, und oft genug ist nur eines der Kinder von der Organinsuffizienz betroffen.

Ebenso bringt man damit die Frühgeburt in Zusammenhang; es erscheint begreiflich, daß die Leber eines vorzeitig geborenen Kindes nicht soviel Eisen aufspeichern konnte wie die eines ausgetragenen Kindes.

Mit der Oligosiderämie steht eine wichtige diagnostische Frage im Zusammenhang. Häufig genug sieht man Säuglinge, deren Hautfärbung an das Bestehen einer schweren Anämie denken läßt, während die Blutuntersuchung keine wesentliche Verminderung der Blutkörperzahl und des Hämoglobingehaltes zeigt. Tixier hat den Nachweis erbracht, daß man diese Kinder nicht zu der wirklichen Anämie zählen darf, da sie eine genügende Hämoglobinmenge bewahren. Diese Ansicht wird durch die neueren Arbeiten von Müller bestätigt, welcher mit präziser Methodik bei normalen und bei blassen Kindern das spezifische Gewicht des Blutes, die Gesamtblutmenge, die Hämoglobinmenge, die Sauerstoffaffinität des Blutes und des Hämoglobins verglich. Er kam zu dem Schluß, daß viele blasse Kinder trotz ihres blassen Aussehens nicht anämisch sind, und er fügt hinzu, daß es ebenso unmöglich ist zu sagen, worauf diese Blässe beruht, wie allein durch klinische Untersuchung diese pseudoanämischen von den wirklich amänischen zu unterscheiden. Es ist also in diesen Fällen neben der klinischen Untersuchung eine Zählung der Blutkörperchen und eine Bestimmung der Hämoglobinmenge nötig.

Biologische Untersuchungen. Die biologischen Untersuchungen, welche die Ärzte seit zehn Jahren am meisten interessiert haben, beziehen sich auf die hämolytischen Prozesse. Der Vortragende erörtert folgende beiden Gruppen von Tatsachen, welche allein die Pathologie des Säuglings betreffen: den Icterus neonatorum und die Anämie der Säuglinge.

1. Hämolytischer Ikterus bei Neugeborenen. Leuret (Bordeaux) kommt das Verdienst zu, daß er seit 1902 die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der hämolytischen Phänomene für die Ätiologie gewisser Formen von Ikterus gelenkt hat. Leuret teilt die Entwicklung des idiopathischen Icterus neonatorum in drei Perioden. In der ersten Periode (période rouge), welche 1 bis 8 Tage nach der Geburt beginnt, scheint das primum movens eine Abkühlung des Körpers zu sein, welche sich in einer Verminderung der zentralen Temperatur zu erkennen gibt. Die Hautdecken zeigen eine deutliche Rotfärbung. Die Verminderung der globulären Resistenz ist sehr ausgesprochen. In einzelnen Fällen ist das Blut lackfarben, und die Intensität dieses Zustandes geht der Intensität des Ikterus parallel. Indirekte Beweise für das Eintreten eines hämolytischen Prozesses sind das Erscheinen zahlreicher granulierter und einiger kernhaltiger Blutkörperchen im zirkulierenden Blute. Außerdem ist der Urin stark gefärbt und enthält Farbstoffe, die vom Abbau des Blutfarbstoffes herrühren.

In der zweiten, der sogenannten ikterischen Periode wird das Blutserum zuerst orangefarben, es gibt das Hämoglobinspektrum, dann wird es deutlich gelb, aber ohne Gmelinsche Reaktion zu geben. Die ikterische Verfärbung tritt an Haut und Schleimhäuten auf. Die Blutveränderungen werden geringer, ebenso die Veränderungen im Aussehen des Harnes. Der Harn gibt keinen rötlichen Reflex mehr. Er enthält noch Abbauprodukte des Hämoglobins, die jedoch einer höheren Oxydationsstufe entsprechen.

Die Periode der Besserung kommt 10 bis 15 Tage nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen.

Dieser Icterus neonatorum ist also ein ausgesprochener Typus von hämolytischem Ikterus mit dem Stadium der Hämoglobinämie, welche so selten beim Erwachsenen nachweisbar wird.

2. Die Anämie beim Säugling. Besondere technische Schwierigkeiten weist das Studium der biologischen Phänomene der Hämolyse beim Säugling auf. Jedoch spricht alles für die überwiegende Bedeutung dieses Mechanismus in der Pathogenese der Blutläsionen. Man findet übrigens alle Zwischenstufen zwischen einer ziemlich raschen Zerstörung von Blutkörperchen, welche mit Ikterus einhergeht, und der minimalen, aber prolongierten Zerstörung von Blutkörperchen, welche sich intra vitam beim Säugling in einer Anämie verschiedenen Grades mit oder ohne Splenomegalie äußert und die bei der Autopsie eine beträchtliche Siderose der meisten inneren Organe erkennen läßt. Primäre Blutreaktionen und sekundäre Leber- und Urinreaktionen können gleichzeitig vorkommen und die verschiedensten Erscheinungen hervorrufen. Anderseits ist bei der Deutung dieser verschiedenen Krankheitsbilder der Zustand von Milz, Leber und Nieren in Betracht zu ziehen. Wenn im Verlaufe syphilitischer Anämie Ikterus so häufig ist, so beruht dies offenbar auf einer tiefgehenden Störung der Funktionen der Leberzelle.

Tixier bespricht die verschiedenen Formen von Säuglingsanämie und erörtert die Rolle, welche man den hämolytischen Phänomenen in der Pathogenese der Blutveränderungen zuschreiben kann. Er bespricht nacheinander die bakteriellen Affektionen, die parasitären Erkrankungen und die Intoxikationen.

Das Studium des komplexen Mechanismus, welcher zur Hämolyse führt, wird absichtlich vom Vortragenden übergangen. Diese Frage, welche durchaus noch nicht geklärt ist, interessiert mehr die Allgemeinbiologie als die Anämie des Säuglings. Übrigens ist es eine sekundäre Frage, ob die Zerstörung der Blutkörperchen im zirkulierenden Blut oder in dem oder jenem Parenchym sich vollzieht. Die Folge wird immer die gleiche sein: Hämoglobinurie, Ikterus und vor allem Anämie mit oder ohne Splenomegalie. Außerdem kommt sehr wahrscheinlich für die Hämolyse nicht in allen Fällen der gleiche Mechanismus in Betracht.

Physikalische Untersuchungen. Die physikalischen Untersuchungsmethoden sind weniger gepflegt worden als die färberischen, die chemischen und die biologischen. Das liegt an der komplizierten Technik. Es wäre jedoch sehr erwünscht, die Gesamtblutmenge der Anämischen bestimmen zu können. Versuche in dieser Richtung haben Morawitz und Siebeck gemacht, welche die Gesamtblutmenge des Körpers nach der in einem Arm enthaltenen Blutmenge berechnen. Die letztere wird mittels Plethysmographen festgestellt.

Es gibt außerdem Phänomene der Eindickung und Verdünnung des Blutes, welche uns mangels präziser Methodik entgehen. Es sei hier nur die refraktorische Methodik erwähnt, deren Genauigkeit in der Bestimmung des Konzentrationsgrades des Blutes größer erscheint als die einfache Zählung (Widal, Bénard und Vaucher).

Die Viskosimetrie ist zum Studium der Pathologie der Säuglingsanämie noch kaum angewendet worden. Dasselbe gilt von der Oberflächenspannung des Blutes. Und doch sollten diese Methoden in der Klinik der Kinderkrankheiten Verwendung finden. Vielleicht liefern sie uns die Aufklärung zahlreicher Fragen aus der pathologischen Physiologie, die trotz aller Bemühungen bis heute noch dunkel sind.

* * *

Die schweren Anämien von perniziösem Typus sind beim Säugling häufiger, als man denkt. Es kommen zwei Typen vor: die Anämie mit Splenomegalie und Myelämie (Pseudoleukämische Anämie) und die perniziöse Anämie, die fast identisch ist mit der entsprechenden Erkrankungsform beim älteren Kind oder beim Erwachsenen.

Die letztere Anämie ist kaum beschrieben und der Vortragende erwähnt ihre klinischen Besonderheiten und die Art ihrer Entwicklung.

Die Syphilis hereditaria ist eine der Krankheiten des Säuglingsalters, welche am schnellsten zu weitgehender Zerstörung der roten Blutkörperchen führt. In anderen Fällen ist eine Otitis media gefolgt von Septikämie die Ursache (Ribadeau-Dumas und Poisot) oder eine eitrige Pyelonephritis (Carpenter) oder ein Abdominaltumor (Ribadeau-Dumas und Camus) oder eine Helminthiasis oder Verdauungsstörungen, Keuchhusten usw. (Tixier). Manchmal ist es jedoch ebenso wie beim Erwachsenen unmöglich, eine bestimmte toxische oder infektiöse Ursache festzustellen (Cristina).

Die perniziöse Anämie charakterisiert sich durch die Schnelligkeit ihrer Entwicklung, daher kommt es, daß sie sehr häufig nicht erkannt wird. Um die Diagnose zu stellen, muß man die Intensität der klinischen Symptome und die Schnelligkeit der Blutkörperchenzerstörung berücksichtigen. Man kann sich in der Tat nicht, wie beim Erwachsenen, auf die Steigerung des Hämoglobinindex noch auf die Gegenwart von Megaloblasten oder ihr Fehlen stützen. Referent führt die anatomischen Gründe für dies abweichende Verhalten an.

Die Prognose ist sehr ungünstig, Heilung jedoch möglich. Remissionen sind häufig, besonders unter dem Einfluß bestimmter therapeutischer Eingriffe.

Die plastische Anämie ist häufiger als die aplastische. Formen mit medullärer, larvärer oder embryonaler Reaktion sind häufiger als beim Erwachsenen. Ein Beispiel dafür ist der Fall von Ribadeau-Dumas und Poisot: Proliferation des Knochenmarkes von lymphoidem Typus und diesem Zustand des Knochenmarkes entsprechende Blutreaktion. Auch hier erwähnt der Vortragende noch einmal die Schwierigkeit, den anatomischen Zustand des Knochenmarkes beim Säugling zu beurteilen, wenn man sich allein auf die Blutuntersuchung stützt.

* * *

Therapie. Wenn man die Wirkungsweise der gegen die Anämie angegebenen Behandlungsmethoden betrachtet, so fällt einem auf, daß es eine große Zahl von Substanzen gibt, welche die Blutbildung stimulieren, während fast keine einzige existiert, welche sich direkt gegen die häufigste Ursache der schweren Säuglingsanämien richtet, nämlich die Hämolyse.

Wenn die verschiedenen Therapeutika in vielen Fällen Wunder tun, so erklärt sich dies so, daß es sich fast immer um Anämie mittleren Grades handelt, um Oligosiderämie, sei sie nun rein ausgebildet oder verbunden mit einem vorübergehenden Versagen der blutbildenden Organe. Wenn es sich dagegen um eine Anaemia gravis, um eine Anämie mit Splenomegalie und Myelämie (Pseudoleukämie) handelt, sind die Resultate ganz andere und man kann sagen, daß die Therapie der schweren Anämien vom perniziösen Typus unsicher ist und lediglich auf Empirie beruht.

Die pathologische Anämie lehrt uns außerdem, daß die funktionelle Insuffizienz des Knochenmarkes eine Ausnahme bildet, während die hämolytische Zerstörung der Blutkörperchen die Regel ist. Das gilt noch mehr für den Säugling als für den Erwachsenen.

1. Unter den therapeutischen Mitteln, welche darauf ausgehen, die blutbildenden Organe im Verlauf schwerer Säuglingsanämien zu stimulieren, hat man mit wechselndem Erfolg Eisen, Arsen, Opotherapie, Röntgenstrahlen, Carnotsches hämatopoetisches Serum angewendet. Jede dieser Behandlungsarten kann zu ihren Gunsten eine gewisse Zahl von Erfolgen aufzählen, aber es erscheint schwierig, präzise Indikationen aufzustellen. Jedoch darf man beim Fehlschlagen eines der Mittel nicht den Mut verlieren, sondern muß sie nacheinander anwenden, indem man durch wiederholte

Zählungen die erlangten Resultate kontrolliert. In manchen Fällen gibt die Kombination mehrerer Behandlungsmethoden gute Resultate.

2. Antihämolytische Behandlungsmethoden. Einer der ersten Versuche in dieser Hinsicht war der von Reicher und Klemperer, die antihämolytische Eigenschaften des Cholesterins auszunutzen. Doch ist die neutralisierende Wirkung dieser Substanz, so unleugbar sie in vitro ist, in vivo problematisch. Bei Erwachsenen mit perniziöser Anämie hat Reicher nur vorübergehende Besserungen beobachtet.

Außerdem ist es möglich, daß einzelne Medikamente, von denen man annimmt, daß sie die Blutbildung stimulieren, in Wirklichkeit dadurch wirken, daß sie die Resistenz gegen Hämolyse erhöhen oder den hämolytischen Prozeß modifizieren. Gunn und Feltham haben neuerdings die antihämolytische Wirkung des Arsens erwähnt. Es liegt auf der Hand, welche technische Schwierigkeiten sich klinischen und experimentellen Untersuchungen über antihämolytisch wirkende Substanzen entgegenstellen. Immerhin kommen ihnen die neueren biologischen Forschungsresultate zu Hilfe und man kann sich von deren Übertragung auf die Therapie der schweren Anämien viel Gutes versprechen. Damit würde eine auf richtiger pathogenetischer Grundlage viel aufbauende Therapie gewonnen, von der eher als von den empirischen Behandlungsmethoden zu erwarten wäre, daß sie der Zerstörung der roten Bultkörperchen Einhalt gebieten könnte.

2. **R. Jemma** (Palermo): „*Über Leishmansche Anämie*". (Das Referat erscheint in extenso in der Monatschrift für Kinderheilkunde, Abteilung Originalien.)

Die Leishmansche Anämie ist eine vorwiegend an den Küsten des Mittelländischen Meeres vorkommende chronische, meistens zum Tode führende Infektionskrankheit, die hauptsächlich Kinder in den ersten Lebensjahren befällt. Dieselbe charakterisiert sich durch Fieber, Anämie, progressive Milzschwellung und Abmagerung; sie wird durch einen Parasiten hervorgerufen, der mit dem von Leishman und Donowan bei an Kala-azar-Kranken in Indien nachgewiesenen identisch ist.

Die Krankheit wurde im Jahre 1830 von Gardarelli und später von Somma und Fede beschrieben; im Jahre 1905 entdeckte Pioresse in Neapel den Parasiten.

Im Jahre 1906 beschreibt Nicolle die Krankheit in Tunis, und es gelingt ihm nicht nur die Kultivierung des Erregers, sondern auch die Übertragung der Infektion vom Menschen auf den Hund sowie die spontane Infektion des Hundes zu beweisen, die er für identisch mit der menschlichen hält.

In demselben Jahre beobachtet Gabbi die Krankheit in Messina und erwähnt die Möglichkeit endemischer Herde; später wird die Krankheit in rascher Reihenfolge in Catania, Palermo, Calabrien, auf den Äolischen Inseln, in Lissabon, Rom, Tripolis, Algier, Griechenland und vor kurzem auch in Triest und Rußland nachgewiesen.

In fast allen Zentren, in denen die Krankheit vorkam, wurde auch die spontane Hundeleishmania konstatiert. Im Jahre 1910 beweist Basile, daß die Übertragung der Leishmanschen Krankheit in den Gegenden des Mittelländischen Meeres durch Flöhe erfolgt.

Der größte Teil der Autoren hält den indischen Kala-azar und die Leishmansche Anämie für identisch; es gibt aber Forscher (Pianese, Nicolle und Leishman), welche die Identität bezweifeln.

Ätiologie. Die Krankheit wird durch ein spezifisches Agens, den Leishmanschen Parasiten, hervorgerufen, der in Italien von Pianese im Jahre 1905 entdeckt wurde; er ist durch seine morphologischen und kulturellen Eigenschaften dem von Leishman und Donowan beim indischen Kala-azar beschriebenen Körperchen ähnlich.

Der beste Nährboden für die Entwicklung des Leishmanschen Parasiten ist der von Nicolle modifizierte Novy-Mac-Nealsche; auf diesem Nährmedium wächst er sehr üppig im Kondenswasser, kann sich aber auch auf der Agaroberfläche entwickeln. Das Temperaturoptimum ist 22 bis 27°. Auf Nährmedien nehmen die Parasiten die Geißelform an.

Die Infektion kann auf einige Laboratoriumstiere und hauptsächlich auf den Hund und Affen durch intravenöse, intraperitoneale oder intrahepatische Einverleibung von Milzsaft eines kranken Kindes übertragen werden.

Die histologischen Veränderungen, die bei der experimentellen Leishmaniose vorkommen, sind den bei der menschlichen Krankheit beschriebenen ähnlich.

Vor kurzem gelang es einigen Untersuchern, durch Einverleibung von Kulturen Laboratoriumstiere zu infizieren (Hunde, Meerschweinchen, weiße Mäuse, Kaninchen).

Am Mittelländischen Meere kommt die Leishmansche Anämie sporadisch oder endemisch vor. Bei endemischem Auftreten findet man die Krankheit hauptsächlich in Bauernfamilien, die unter sehr schlechten hygienischen Verhältnissen und im engen Verkehr mit Hunden leben. In einigen solchen Zentren ist die Krankheit seit längerer Zeit bekannt.

Die Beobachtung, daß die größte Anzahl leishmaniakranker Kinder in Familien vorkommt, die im engen Verkehr mit Hunden leben, veranlaßte Nicolle zur Annahme, daß zuerst der Hund spontan erkranke und die Krankheit dann durch einen Zwischenwirt auf den Menschen übertragen werde.

Es gelang ihm in der Tat, infizierte Hunde zu finden. — In Italien beobachtete Basile die spontane Leishmania in Bordonaro und Rom; andere Forscher konstatierten später das Vorkommen der Erkrankung in allen Gegenden, in denen die menschliche Leishmania beobachtet wird.

Bei den Hunden zeigt die Leishmania zwei klinische Formen: eine akute und eine chronische (Basile), die auch bei der experimentellen Leishmania vorkommen. Aus den parasitenreichen Organen infizierter Kinder kann man den Parasiten auf dem Novy-Mac-Neal-Nicolleschen Nährboden mit Charakteren züchten, die denen des Erregers der menschlichen Krankheit gleich sind.

Auch der pathologisch-anatomische Befund infizierter Hunde ist identisch dem beim Menschen beobachteten. Wir besitzen mehrere Anhaltspunkte für die Annahme, daß die Infektion des Menschen und des Hundes identisch ist. Die Übertragung der Infektion vom Hunde auf den Menschen vollzieht sich durch einen Zwischenwirt, als welchen Basile den Pulex serraticeps und irritans ansieht. Dieser Befund wurde durch weitere Untersuchungen bestätigt. Es ist die Möglichkeit anderer Zwischenwirte jedoch nicht ausgeschlossen (eines Makrozephalus, Mosca domestica).

Die Leishmansche Anämie befällt hauptsächlich Kinder der ersten und zweiten Kindheit, selten Erwachsene. Das Geschlecht spielt dabei keine Rolle; der Einfluß der Jahreszeiten ist zweifelhaft und am häufigsten werden die Kinder armer Leute befallen.

Pathologische Anatomie. Das anatomische Studium der Leishmanschen Anämie zeigt Veränderungen, die denen schwerer anämischer Zustände ähnlich sind, mit spezifischem parasitärem Befunde in verschiedenen Organen und hauptsächlich im lymphatischen blutbildenden Apparat und in der Leber.

Die Anämie zeigt sich in der Haut, in der gleichzeitig auch ein leichtes Ödem vorhanden ist, in den oberflächlichen und tiefen Schleimhäuten, im Myokard, im Zentralnervensystem und in der Muskulatur.

Manchmal tritt gleichzeitig mit der Anämie trübe Schwellung des Myokards, der Leber und der Nieren oder fettige Degeneration dieser zwei letzten Organe auf.

Die Organe, die bei der mikroskopischen Untersuchung die stärksten Veränderungen zeigen, sind die Milz, die Lymphdrüsen und die Leber, oft der Darm und hauptsächlich die unterste Partie des Ileums und das Kolon und in einigen Fällen die Meningen, sowohl die Dura als die Pia mater.

In den Nieren kommen nicht selten die charakteristischen Veränderungen der Nephritis tubularis vor. Die mikroskopische Untersuchung der Organe zeigt Strukturveränderungen, die zum Teil von der Anämie und zum Teil von der Anhäufung der Parasiten abhängen. Dieselben finden sich im Endothel der Blutkapillaren der meisten Organe, in den zellulären Elementen des retikulären Stromas der lymphatischen blutbildenden Organe, in den Zellen der Milzpulpa und manchmal im Epithel der Nieren, hauptsächlich der Henleschen Schleifen.

Die Zahl der Parasiten ist in den einzelnen Organen verschieden, doch ist sie gewöhnlich sehr groß in den lymphatischen blutbildenden Organen, in denen die durch die Blutbahn eingedrungenen oder von Makrophagen transportierten Parasiten sich vermehren und später immer auf dem Blutwege sich über den ganzen Organismus verbreiten. Zum Teil werden die Parasiten vom Endothel der Kapillaren aufgefressen, zum andern Teil werden sie durch die Nieren und wahrscheinlich auch auf andere Weise eliminiert.

Verlauf und klinische Formen. Die Krankheitsdauer ist verschieden. Mya unterscheidet dabei drei Formen: die akute, die subakute und die chronische.

Die Inkubationsdauer ist unbekannt. Bei ausgebrochener Krankheit unterscheiden wir in der Reihenfolge der Krankheitserscheinungen drei Stadien: das erste oder Initialstadium, das oft der Beobachtung des Arztes entgeht, in dem man Fieber, gastro-intestinale Störungen und manchmal Epistaxis findet; das zweite oder anämische Stadium, charakterisiert durch das Auftreten sämtlicher Symptome: Fieber, Anämie, Milztumor, flüchtige Ödeme, starke Abmagerung, selten ist der Ernährungszustand erhalten. Bei vielen Kindern kommt es schon im zweiten Stadium zum letalen Ausgang durch schwere anämische Zustände oder interkurrente Erkrankungen. Im kachektischen oder Terminalstadium treten die früheren Erscheinungen noch deutlicher auf, oft beobachtet man eine unstillbare Diarrhöe, auffallende Atrophie der Weichteile und das Kind stirbt unter Erscheinungen allmählich zunehmendem Marasmus. Auch im Terminalstadium kann der Tod infolge interkurrenter Krankheiten (Lungenentzündung, akute Blutungen, Noma, Nierenentzündung) eintreten. Der Fieberanstieg erfolgt selten unter Frösteln, der Fieberabfall unter Schweißausbruch. Das Fieber ist sehr unregelmäßig und seine Intensität wechselt stark von Fall zu Fall, kann sich dem intermittierenden oder remittierenden Typus mit Morgen- und Abendexazerbationen nähern.

Die Dauer des Fieberanfalles ist nicht sehr lang; während 24 Stunden kann man mehrere Fieberanfälle beobachten.

Eine andere wichtige Besonderheit ist das Auftreten des Fiebers in zyklischen Perioden, die durch Typus, Intensität und Dauer verschieden sind.

Es gibt Fälle, bei denen der Kranke nur leichte Temperatursteigerungen hat.

Die Blutuntersuchung zeigt, wie aus den an Jemmas Klinik beobachteten 56 Fällen hervorgeht, konstante Oligochromämie, oft hochgradige Oligozytämie, selten Anisozytämie und Poikilozytose, sehr spärliche Erythroblasten, häufige Polychromatophilie, Färbeindex fast immer unter 1.

Was die weißen Blutkörperchen anbelangt, so finden wir vorwiegend Leukopenie, nicht selten aber erreichen sie eine normale oder nur fast normale Zahl, selten findet man Leukozyten. Unter den Leukozyten prävalieren die Lymphozyten, ausnahmsweise die Polynukleären.

Im Verlaufe der Krankheit kann die Zahl der Leukozyten infolge interkurrenter Krankheiten zunehmen. Man findet nie hochgradige Leukozytose und ebensowenig grobe Veränderungen der roten Blutkörperchen, wie bei anderen Formen der Anaemia splenica infantilis. Die Milz, die im Anfange der Krankheit leicht vergrößert ist, nimmt allmählich in allen ihren Durchmessern eine kolossale Größe an; sie hat eine harte Konsistenz, glatte Oberfläche und zeigt manchmal an den Rändern einen oder mehrere Einschnitte, dabei bleibt die Form im allgemeinen erhalten.

Sie ist bei der Palpation nicht schmerzhalt, bewegt sich bei der Atmung und läßt sich leicht verschieben. Es gibt kein konstantes Verhältnis zwischen Krankheitsdauer und Vergrößerung der Milz; im Terminalstadium läßt sich hie und da ein Zurückgehen der Schwellung nachweisen.

Bei geheilten Fällen kann die Milz ihre normale Größe erreichen oder um vieles zurückgehen. Das Hautkolorit nimmt mit dem Fortschreiten der Krankheit eine blasse Farbe mit einem Stich ins Gelbliche an, so daß es altem Wachs ähnlich erscheint; manchmal beobachtet man eine erdfahle oder ikterische Farbe. Die Hautfarbe bleibt in einzelnen Fällen fast normal. Die sichtbaren Schleimhäute sind blaß. Man kann ferner subkutane Blutungen und Ödeme finden.

Von seiten des Verdauungstraktus kann man beobachten: katarrhalische und ulzeröse Stomatitis, leicht blutendes Zahnfleisch, Noma, hochgradige Appetitlosigkeit, Bluterbrechen, häufiges Abführen und tödliche Darmblutung. Die Leber kann entweder etwas vergrößert oder normal sein.

Von seiten des Respirationsapparates wurde mehr oder weniger starkes und manchmal tödliches Nasenbluten, Zunahme der Atemfrequenz, häufig Bronchialkatarrh und manchmal Bronchopneumonie oder Rippenfellentzündung beobachtet.

Der Puls ist klein, frequent, aber regelmäßig; man kann bei der Auskultation des Herzens anämische Geräusche konstatieren.

Die Nierenfunktion ist in den meisten Fällen intakt; man kann aber Albuminurie, Hämaturie, Lipurie, positive Diazoreaktion und hämorrhagische Nephritis finden.

Das Nervensystem ist im allgemeinen normal; es können aber Läsionen der Hirnhäute vorkommen: Lepto- und Pachymeningitis.

Das Lymphdrüsensystem zeigt keine Veränderungen, außer der in mehreren Fällen beobachteten Mikropolyadenitis.

Die Diagnose der Leishmanschen Anämie ist auf Grund klinischer Symptome allein nicht zu stellen.

Ein leichter, gefahrloser und sicherer Weg zur Diagnose ist der Nachweis der spezifischen Parasiten im Milzsafte.

Diese Methode ist der Punktion des Knochenmarkes oder der Leber vorzuziehen.

Die biologischen Untersuchungen (Agglutination, Komplementablenkung) haben bisher keine positiven Resultate ergeben.

Die Prognose ist infaust; bisher wurden nur sehr selten Fälle spontaner Heilung beobachtet.

Als prophylaktische Maßregel empfiehlt sich auf Grund unserer heutigen Erfahrungen die Vernichtung infizierter Hunde in den Zentren, in denen die Krankheit endemisch ist, und zu verhindern, daß Kinder in Berührung mit Hunden kommen.

Von den zahlreichen gebrauchten therapeutischen Mitteln hat bisher keines Erfolg gehabt, es scheinen aber die Arsenpräparate gewisse Vorteile zu bringen.

3. Vorträge zu den Referaten: **Valagussa** (Rom): *„Über Anämie bei Malaria"*.

Die Differentialdiagnose zwischen Anämie und Malaria beruht auf epidemiologischen und klinischen Beobachtungen und dem Nachweise des Parasiten im zirkulierenden Blut. Die morphologische Untersuchung des Blutes allein reicht nicht aus, um die Malariaanämie von den anderen Formen der Anämie zu unterscheiden.

Die Kinder werden bei der Infektion mit Malaria rasch anämisch, besonders wenn sie nicht bereits vorher infolge anderer Krankheiten anämisch waren. Die allgemeine Formel ist folgende: Leukopenie mit Überwiegen der großen mononukleären Zellen, normale Zahlen von Übergangsformen und Lymphozyten, Verminderung der neutrophilen, polynukleären Zellen. Bei perniziösen, komatösen und eklamptischen Formen besteht Leukozytose mit Mononukleose: stets wenn bei Malaria eine Polynuklyose gefunden wird, ist eine gleichzeitige Infektion mit pyogenen Organismen anzunehmen.

Die Anämie steht im geraden Verhältnis zu der Anzahl der zirkulierenden Parasiten. Das Vorhandensein von Halbmonden ist ohne erkennbaren Einfluß. Bei Fällen von Infektion mit maligner Tertiana beteiligt sich die Leber weniger als die Milz und so wird es verständlich, daß die Eisenreserven erschöpft werden. Beim Kinde ist es mit allen Hilfsmitteln der Therapie schwer, den Krankheitsprozeß aufzuhalten. Sobald der erste Erfolg erreicht ist, macht die weitere Heilung rasche Fortschritte.

Bei der Heilung nimmt der Hämoglobingehalt langsamer zu als die Zahl der roten Blutkörperchen.

4. **Crespin** (Algier): *„Leishmansche Anämie und chronische Malaria beim Kinde"*.

In gewissen Fällen ist die klinische Differentialdiagnose zwischen Leishmanscher Anämie und chronischer Malaria beim Kinde möglich. Die Verschiedenartigkeit der Symptome beider Erkrankungen läßt sich aus folgender Tabelle erkennen:

Chronische Malaria beim Kinde.	Leishmansche Anämie.
Frühes, fast gleichzeitiges Auftreten der Hauptsymptome: Fieber, gastrointestinale Störungen, Schwellung von Leber und Milz, Ödeme, Anämie mit erdfahler Verfärbung.	Spätes, aufeinanderfolgendes Auftreten dieser Symptome: zunächst Fieber, dann gastrointestinale Störungen, endlich die übrigen Symptome.
Schwellung von Leber und Milz, Schmerzhaftigkeit der Organe, spontan und auf Druck, mit Ausstrahlung der Schmerzen in den Bereich des Nervus phrenicus.	Schwellung von Leber und Milz, während die Organe schmerzlos bleiben. Keine Ausstrahlung in den Nervus phrenicus.
Gastrointestinale Störungen, häufiger Opstipation als Diarrhöe.	Gastrointestinale Störungen. Häufiger Diarrhöe als Opstipation.
Die Ödeme ohne bestimmte Lokalisation, sowohl im Gesichte wie an den unteren Extremitäten. Fast stets heilbar beim Kinde, wenn nicht bereits vorher Schädigungen bestanden.	Ödeme selten im Gesichte, häufiger an den unteren Extremitäten. Unheilbar.
Einfluß der spezifischen Medikation der alimentären und klimatischen Hygiene.	Mißerfolg jeder Medikation. Mißerfolg der Hygiene.

Zweite Sitzung am Montag, den 7. Oktober, nachmittags 2½ Uhr.

Vorsitzende: **Marfan** (Paris),
Johannessen (Christiania),
Concetti (Rom).

5. **Ad. Czerny** (Straßburg): *„Anämie aus alimentären Ursachen"*.

Wir müssen streng unterscheiden zwischen Blässe vasomotorischen Ursprungs und einer tatsächlichen Anämie, welche durch eine Blutuntersuchung objektiv festgestellt wird. Die erstere ist eine Begleiterscheinung fast aller gastrointestinalen Störungen des Kindesalters. Während wir der Blässe der Kinder in allen Altersstufen begegnen, finden wir die Anämie alimentären Ursprungs fast nur bei Kindern der ersten Lebensjahre. Schon nach dem zweiten Lebensjahre wird sie selten beobachtet. Unterernährung bedingt auch bei langer Dauer keine Anämie. Letztere entwickelt sich vielmehr bei Überernährung, wenn dieselbe fast ausschließlich mit Milch durchgeführt wird. Langdauernde einseitige Ernährung mit Milch hat bei bestimmten disponierten Kindern eine Anämie zur Folge.

Die experimentellen Untersuchungen von Bunge und Schmidt lehren, daß Milch sehr eisenarm ist und daß bei Milchernährung eine Anämie entstehen kann, wenn die kongenitalen Eisendepots aufgebraucht sind.

Bei normalen Kindern genügt eine rechtzeitige Verabfolgung von Beikost zur Milchnahrung, um die Entstehung einer Anämie zu verhüten. Bei konstitutionell abnorm veranlagten Kindern kann eine Anämie schon nach relativ kurz dauernder Milchernährung in Erscheinung treten und ist auch später durch das Hinzufügen einer Beikost nicht zu verhüten. Die zur Anämie disponierten Kinder gehören teils zu den Schwachgeborenen, teils zu den Abkömmlingen kranker Eltern. Ob in manchen Fällen ein besonders niedriger Eisengehalt der Frauenmilch als ätiologisches Moment Bedeutung hat, ist noch nicht sicher erwiesen.

Bei Kindern mit Anämie alimentären Ursprungs findet sich häufig gleichzeitig ein Milztumor. Letzterer ist kein obligates Symptom. Auch das gleichzeitige Vorkommen von exsudativer Diathese oder Rachitis gestattet noch nicht, die Anämie mit diesen Krankheitszuständen in unmittelbare Verbindung zu bringen.

Die Anämie alimentären Ursprungs ist gekennzeichnet durch eine Abnahme des Hämoglobingehaltes und der Zahl der roten Blutkörperchen. Bemerkenswert ist stets an den Patienten eine erhebliche Adipositas und Muskelschwäche. Bei Kombination mit exsudativer Diathese findet sich überdies eine Hyperplasie der Milz und der Tonsillen.

Da die Anämie durch einseitige Ernährung mit Milch zustande kommt, so ergibt sich als Therapie in den leichten Fällen die Notwendigkeit einer Beikost, in schweren Fällen eine Ausscheidung der Milchnahrung. Eisenpräparate und eisenreiche Beikost sind in den letzteren Fällen unwirksam. Aus diesem Grunde bezweifelt Czerny die Richtigkeit der Eisenhypothese. Die Milch wirkt nicht nur schädigend durch ihren geringen Eisengehalt, sondern hat bei den dazu disponierten Kindern eine aktiv schädigende Wirkung auf die Blutbildung. Diese sucht Czerny in dem ungünstigen Einfluß des Milchfettes auf den Alkalibestand des Körpers. Doch das sind Ernährungsversuche, die noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden können. So viel steht aber fest, daß sich eine Anämie aus alimentären Ursachen ausschließlich

durch Ernährungstherapie in gesetzmäßiger Weise verhindern und zur Heilung bringen läßt.

Diskussion: Barbier (Paris) berichtet über die Studien, welche er seit etwa 10 Jahren betreffs Überernährung mit Milch ausgeführt hat. Er stimmt Czerny bezüglich der schädlichen Wirkung, welche aus übermäßig langer Fortsetzung reiner Milchernährung hervorgeht, zu. Dieser Mißbrauch der Milchernährung führt zu einem Stillstande der Entwicklung des Kindes mit Anämie, weil die Verdauungsstörungen Diarrhöe hervorrufen, welch letztere dem Organismus das Eisen entzieht. Auch Barbier glaubt an den Einfluß der Heredität. Das Alter, in welchem die Symptome auftreten, ist außerordentlich verschieden. Es ist Sache des Arztes, in jedem einzelnen Falle zu bestimmen, wie lange dem betreffenden Kinde ausschließlich Milchernährung ohne Schaden gegeben werden kann. Mit Einführung einer zweckmäßigen Ernährung tritt rasch die Besserung ein: man sieht bei Säuglingsanämie ebenso prompt den therapeutischen Erfolg wie bei der Barlowschen Krankheit unter dem Einflusse zweckmäßiger Ernährung.

Hallé (Paris) bemerkt, daß die Veränderungen des Blutbildes bei den schweren Anämien von größtem Interesse wären, welche durch die Ernährung, von der Czerny gesprochen hat, allein gebessert werden. Doch begegnet man zuweilen einem abweichenden hämatologischen Befund: es sind dies Anämien von chlorotischem Typus (Hallé und Jolly, Petrone, Rist und Guillemot, Leenhardt), welche man wohl am besten als Oligosiderämie bezeichnen kann. Diese Fälle stellen eine komplizierte Krankheitsform dar und die Ernährung spielt nicht allein dabei eine Rolle, denn die frühgeborenen Kinder sind häufig davon ergriffen. Anderseits führt auch die Ernährungsänderung allein nicht immer zu einer Heilung; die Eisentherapie gibt zuweilen überraschende Erfolge.

Zum Schlusse weist Hallé auf die große Bedeutung der hämatologischen Untersuchungen in Fällen von schwerer Anämie hin, mit Rücksicht darauf, daß die Pseudochlorosen absolut Eisen brauchen.

Rist (Paris): Die Anämien vom Typus der Oligosiderämie stellen eine Ausnahme unter den Anämien der Krankheit dar. Kinder, welche diesen Typus rein zeigen, haben im allgemeinen keine Ernährungsstörungen und es ist nicht die zu lange fortgesetzte ausschließliche Milchernährung, welche die Ursache dieser Anämien darstellt. Auch Rist ist der Meinung, daß in diesen Fällen die Veränderung der Ernährung nicht zur Heilung ausreicht, sondern daß Eisen in großen Mengen gegeben werden muß.

Feer (Zürich) hat den chlorotischen Typus im Verlaufe der Milchüberernährung beobachtet. Jedoch sind die einfachen Anämien und die Übergangsformen bedeutend häufiger. So wirksam auch die Eisentherapie erscheint, so beobachtet man doch zuweilen vollkommenen Mißerfolg, anderseits gibt es Anämien, bei denen die Ernährungstherapie ohne Einfluß ist.

J. Brudinski (Warschau): Wir sind gut unterrichtet über die Anämien mit schweren klinischen Erscheinungen und ausgesprochenen Blutbildveränderungen. Aber gerade die von Czerny hervorgehobenen anämischen Zustände, denen man besonders in der Privatpraxis häufig begegnet, werden sehr häufig falsch gedeutet und demgemäß auch falsch behandelt. Es ist ein Verdienst von Czerny, in dieser klaren Weise auf die Bedeutung der Ernährung in der Ätiologie und in der Therapie dieser Anämien hingewiesen zu haben.

D'Espine (Genf) weist auf die Vielheit der Typen von Anämien im Kindesalter hin. Gewisse Formen lassen sich in kein Schema ein-

ordnen. D'Espine hat einen kleinen Patienten beobachtet, bei dem man eine Anämie alimentären Ursprungs infolge zu lange fortgesetzter Milchernährung annehmen konnte; nachdem verschiedene andere Methoden nicht zum Erfolge geführt hatten, führte Ernährung mit Eselinnenmilch zur Heilung. D'Espine betont weiter den offenbaren Zusammenhang zwischen Anämie und Rachitis. Vielleicht beruht dies auf einer Läsion des Knochenmarkes, wie sie Marfan für die Rachitis annimmt.

Tixier (Schlußwort). Aus der Diskussion ergibt sich, daß alle Typen von Anämie vorkommen. Einfache Anämie, pseudochlorotische und pseudoleukämische Anämie. Er hat bei ein und demselben Falle diese verschiedenen Typen beobachten können. Mit Hallé sieht er die Blutuntersuchung als unbedingt notwendig an, um die verschiedenen Formen zu unterscheiden.

Czerny betont im Schlußworte noch einmal präzis seinen eigenen Standpunkt. Es gibt Anämien, die lediglich durch eine Übernährung mit Milch verursacht werden und die ohne jede andere Therapie als eine zweckmäßige Änderung der Ernährung zu heilen sind. Was die Blutuntersuchungen anbetrifft, auf welche von anderer Seite soviel Wert gelegt wird, so bedeuten diese häufig nichts anderes als eine Spielerei, und das ist der Grund, warum Czerny in seinem Referate jede Unterscheidung verschiedener Formen von Anämie unterlassen hat.

6. **Nobécourt** (Paris): *„Hämatologie und Knochenveränderungen bei Barlowscher Krankheit"*.

Nobécourt, Léon Tixier und Maillet (Paris) haben in Fällen Barlowscher Krankheit, bei denen gleichzeitig mehr oder weniger intensive Anämie vorlag, Blutuntersuchungen angestellt. Diese haben ergeben, daß die Krankheit verschiedene Typen von Anämie mit sich bringt: leichte oder schwere Formen, Anämie von chlorotischem Typus. Die Intensität der Zerstörung der Blutkörperchen ist im allgemeinen der Schwere der Erkrankung proportional. Die myeloide Reaktion des Blutes, d. h. der Übergang von Myelozyten und kernhaltigen Blutkörperchen in die peripherischen Gefäße ist häufig. In der Mehrzahl der Fälle verschwindet diese Anämie schnell und zu gleicher Zeit mit den anderen klinischen Symptomen unter dem Einflusse der Behandlung, jedoch kann eine Empfindlichkeit der blutbildenden Organe bestehen bleiben.

Bei einem Kinde, welches 2 Jahre vorher ein skorbutiformes Syndrom gezeigt hatte, tritt bei Gelegenheit einer Adenoiditis eine schwere Anämie mit Splenomegalie auf.

Die schweren Veränderungen des Blutes erklären sich leicht aus den beträchtlichen Veränderungen an den Knochen (Resorption der Knochenbalken; Störungen der Ossifikation) und am Knochenmarke (Sklerose und makrophagische Reaktion).

7. **P. F. Armand-Delille** (Paris): 1. *„Anaemia splenomegalica durch Fragilität der Blutkörperchen beim Kinde"*.

1909 hat der Vortragende zusammen mit Feuillié eine erste Beobachtung dieser Erkrankung mitgeteilt, die man seither in mehreren Fällen beobachtet hat. Die Krankheit charakterisiert sich in folgender Weise: beträchtliche Anämie, anscheinend häufig kongenitalen Ursprungs, je nach dem Grade der Fragilität mehr oder weniger intensive Splenomegalie, die Fragilität charakterisiert sich durch Verminderung des Hämaglobingehaltes und der Zahl der roten Blutkörperchen, welche bis auf 2 Millionen fallen kann, durch eine beträchtliche Verminderung der Resistenz der Blutkörperchen mit Poikilozytose, Anisozytose und Auftreten von granulierten Zellen (bis zu 20%). Es handelt

sich um das Syndrom des hämolytischen Ikterus nach Chauffard. Die Ätiologie der Erkrankung ist bisher noch unbekannt. Die Behandlung mit Eisenpräparaten ergibt immer Besserung, muß jedoch in mehr oder weniger großen Intervallen erneuert werden.

2. *„Eisenbehandlung der Anaemia posthaemorrhagica neonatorum"*.

Im Verlaufe gastrointestinaler Hämorrhagie beim Neugeborenen beobachtet man häufig, wenn dieselben nicht zum Tode führt, außer der Anämie einen Wachstumsstillstand, trotz günstiger Ernährungsverhältnisse. Wenn man eine Eisentherapie (in Dosen von 0·1 cg Protoxalat) anwendet, steigt die Gewichtskurve schnell. Man braucht sich vor dieser Behandlung auch beim Neugeborenen nicht zu scheuen.

3. *„Städtische Faktoren in der Ätiologie der chlorotischen Anämie beim Säuglinge und ihre Prophylaxe"*.

Außer der Chlorose ist die chronische Kohlensäureintoxikation durch die Heizapparate und durch das Ausströmen von Leuchtgas, welche die Ursache der Anämie bei der Mutter ist, häufig auch die Ursache des frühzeitigen Auftretens einer Chlorose beim Kinde. Man kann es verhindern, wenn man bei der Mutter während der Schwangerschaft eine Eisentherapie durchführt.

8. **Ribadeau-Dumas** (Paris): *„Infektiöse, akute Anämien beim Kinde"*.

Vortragender spricht insbesondere über die perniziösen Anämien, welche seiner Meinung nach oft nichts anderes sind als das Wiedererwachen einer alten Anämie unter dem Einfluß einer Infektion.

Am Dienstag, den 8. Oktober, vormittags 10 Uhr

fand eine Besichtigung des Hôpital Hérold statt, an der sich eine größere Anzahl der Kongreßteilnehmer beteiligte. Jeder der beiden Chefärzte, Lesage und Barbier, führte durch seine Abteilungen und demonstrierte das besonders Interessante. Barbier zeigte insbesondere seine Tuberkulosestatistiken und Kurven von Kindern, die bei ausschließlicher Milchernährung nicht gediehen, während sie bei gemischter Kost mehr oder weniger schnell große Zunahmen aufwiesen.

Von besonderem Interesse für alle, besonders für die Deutschen, war die Besichtigung der Abteilung Lesage, dessen Isolierungssystem erst neuerdings wieder in Münster Gelegenheit zu Diskussionen gegeben hatte. Mag man auch mit den theoretischen Erklärungen, die Lesage gibt, durchaus nicht einverstanden sein, mag man auch Zweifel hegen, ob die gegebenen Anordnungen vom Hospitalpersonal wirklich strikt ausgeführt werden, so ist doch nicht zu bestreiten, daß die von Lesage mit seiner Isolierung erzielten Erfolge außerordentlicher Beachtung wert sind; denn er hat bei seinem System trotz allem bei Masern, Scharlach und Keuchhusten im Laufe von Jahren nicht mehr als 1—3% Übertragungen gesehen — und zwar die Prozentzahlen auf die Zahlen der Masern- respektive Scharlachfälle berechnet. Berücksichtigenswert allerdings ist das eine, daß eine Überbelegung auch in schweren Epidemiezeiten vollkommen ausgeschlossen ist, da niemals mehr Kinder aufgenommen werden, als Boxen vorhanden sind. An die Demonstration schloß sich ein Vortrag von

A. Lesage (Paris): *„Über die Wichtigkeit der Ventilation für die individuelle Isolierung"*.

Historisch lassen sich fünf Perioden unterscheiden:

Erste Periode: Isolierung der kontagiösen Erkrankungen in besonderen Pavillons (Masern).

Zweite Periode: Trotz Isolierung in speziellen Pavillons und infolge dieser Isolierung, welche in ein und demselben Saale Kranke vereinigt, die zwar dieselbe Krankheit haben, aber mehr oder weniger kompliziert, kommen im Saale selbst Übertragungen vor. Daher Trennung der einfachen Fälle von den komplizierten.

Dritte Periode: Trotzdem bleibt die Mortalität hoch und man versucht, die Kinder mit komplizierten Erkrankungen voneinander abzutrennen: Boxen (Studien von Grancher und Hutinel. Studien über Hospitalmilieu).

Vierte Periode: Abtrennung der zweifelhaften Fälle.

Fünfte Periode: Gründung des Hospitals Pasteur und des Diphtheriepavillons im Hôpital des enfants malades — individuelle Zimmerisolierung.

Man sieht also, daß die Frage der individuellen Isolierung in den französischen Kinderhospitälern seit mehr als 20 Jahren studiert wird. Die beiden fortgeschrittensten Systeme: Isolierung in vollständig geschlossenen Zimmern oder in Boxen mit geschlossenen Türen geben fast identische Resultate. Für sein eigenes System schreibt Lesage der Ventilation eine äußerst große Bedeutung zu, und zwar bezüglich der Fern übertragung der kontagiösen Erkrankungen. Je nach der Art der Erkrankung hat die Ventilation mehr oder weniger Bedeutung. So genügt bei Varizellen eine leichte Ventilation, um das Virus in die Ferne zu übertragen, während andere Krankheiten, derselben Ventilation ausgesetzt, sich nicht übertragen. Lesage stellt sich vor, daß das organische Teilchen, an welchem das Varizellenvirus haftet, leicht ist und in der Boxe in Suspension bleibt, so daß der leichteste Luftzug genügt, um es aus der Boxe herauszutragen, und zieht daraus den Schluß, daß in ein Boxensystem Varizellen nicht aufgenommen werden dürfen. Dasselbe gilt für Variola.

Die anderen Erkrankungen (Masern, Scharlach usw.) übertragen sich bei Boxenisolierung nur durch starke Luftzüge in die Ferne. Lesage nimmt an, daß das organische Teilchen schwerer ist, weniger leicht in Suspension bleibt und weniger leicht vom Luftzuge weggetragen wird. Alle diese Krankheiten können also nach Lesage neben andere nicht kontagiöse Erkrankungen gelegt werden, sobald jeder Kranke in einer Boxe isoliert wird. Die Fenster müssen immer geschlossen gehalten werden. Die Ventilation ist für jeden Pavillon aufs genaueste zu studieren und so einzurichten, daß sie nicht zu stark und nicht zu schwach ist. Lesage sagt, daß dieses Studium der Ventilation häufig Monate in Anspruch nimmt. Die Ventilation erfolgt in seinem neuen Pavillon durch perforierte Fenster, und zwar sind in manchen Sälen ein, in anderen zwei respektive drei derartige perforierte Fenster vorhanden. Diese geben zusammen mit der Haupteingangstür, die außer bei starkem Winde stets offen ist, eine leichte Ventilation, wie sie für die Kranken notwendig ist. Die perforierten Fenster sind ausschließlich auf der Seite des Pavillons angebracht, die der herrschenden Windrichtung entgegengesetzt ist.

Dieses gleiche Boxensystem hat Lesage seit einiger Zeit auch in die Poliklinik übertragen und beabsichtigt, es in noch viel ausgedehnterem Maße als bisher für diesen Zweck zu verwenden, eventuell für seine große Poliklinik allmählich 100 Boxen anzulegen. Sofort von der Eingangstür der Poliklinik aus geht die Mutter mit dem kranken Kinde in eine der Boxen, deren Türen immer geschlossen gehalten werden sollen. Der Arzt geht von Boxe zu Boxe, untersucht jedes einzelne Kind und von seiner Boxe aus wird das Kind in die stationäre Abteilung gebracht oder verläßt die Poliklinik. 2 Minuten, nachdem ein Masernfall die Boxe verlassen hat, kann ein anderes Kind in die Boxe hereingebracht werden, ohne daß nach der Behauptung von Lesage eine Gefahr der Übertragung besteht.

Sitzung am Dienstag, den 8. Oktober, nachmittags.

Vorsitzende: **Comby** (Paris),
Czerny (Straßburg),
Jacques (Brüssel),
v. Bokay (Budapest),
Raczynski (Lemberg),
Stooss (Bern),
Bézy (Toulouse).

2. Hauptreferat: Poliomyelitis.

10. **Eduard Müller** (Marburg): *„Die Epidemiologie der sogenannten spinalen Kinderlähmung"*.

1. Die sogenannte spinale Kinderlähmung bedroht nach einer warnenden Epoche kleinerer, sich häufender Epidemien seit Anfang dieses Jahrhunderts als gefürchtete Seuche ausgedehnte Länderstrecken Europas und Nordamerikas. Die Wesensgleichheit dieser „epidemischen" Poliomyelitis mit der altbekannten „sporadischen" Form läßt sich klinisch, epidemiologisch, pathologisch-anatomisch und serologisch beweisen.

2. Die epidemiologische Geschichte beweist, daß die Kinderlähmung schon vom Zeitpunkte ab, wo wir sie als besondere Erkrankung überhaupt kennen, nicht nur sporadischen, sondern ausnahmsweise auch epidemischen Charakter getragen hat.

3. Die üblichen Eingangspforten des Virus sind wohl obere Luftwege und Darmtraktus; sie sind gleichzeitig auch Ausscheidungsstellen des Erregers. Da das Virus im Sputum (Speichel inbegriffen) und im Stuhle der infizierten Menschen enthalten ist, müssen diese Ausscheidungen die wesentlichsten Infektionsquellen sein. Die Schleichwege, auf denen das Virus durch diese Ausscheidungen von infektionsfähigen Kranken zu den Eingangspforten eines disponierten Kindes gelangt, sind noch keineswegs endgültig festgelegt.

4. In negativer Hinsicht läßt sich sagen, daß der indirekten Übertragung durch Trinkwasser und Nahrungsmittel, vor allem aber durch Milch, eine allgemeinere Bedeutung kaum zukommt.

5. Die Möglichkeit einer indirekten Übertragung durch Staub, erdigen Schmutz und damit auch durch tote Gegenstände, wie Kleidungsstücke und Schuhe, ist nach epidemiologischen und experimentellen Erfahrungen durchaus gegeben. Sie mahnt uns zu sorgfältiger Wohnungsdesinfektion nach Poliomyelitiserkrankungen; Formaldehyddämpfe sind imstande, das Virus abzutöten.

6. Zwischen epidemischer Poliomyelitis und Lyssa gibt es zahlreiche Analogien. Es kommt deshalb auch bei der Kinderlähmung eine Virusübertragung durch die Tiere in Frage. Ein gehäuftes Sterben von Haustieren unter spinalen Lähmungserscheinungen wird während Poliomyelitisepidemien nicht selten beobachtet. Ein solches gleichzeitiges Tiersterben kommt aber keineswegs regelmäßig vor; es gibt zudem poliomyelitisähnliche Tierseuchen, wie die Bornasche Pferdekrankheit. Bei der Kinderlähmung muß man höchstens mit einer gelegentlichen Virusverschleppung durch größere Tiere rechnen, nicht aber mit direkter Virusübertragung nach Art der Lyssa.

Unter den kleineren Organismen kommen als Überträger die Flöhe, Wanzen und Läuse kaum in Betracht. Nur die „Fliegentheorie" läßt sich epidemiologisch einigermaßen begründen (Krankheitsübertragung durch Stomoxys calcitrans, eine gemeine Stechfliege). Gegen die „Fliegentheorie" sprechen jedoch: die gelegentlichen Spätherbst- und Winterepidemien, sowie die sicheren Fällen von Krankheitsüber-

tragung durch meilenweit zugereiste Zwischenträger. Es kann sich hier überhaupt nur um einen gelegentlichen, rein mechanischen Virustransport von infizierten Ausscheidungen handeln, keineswegs aber um eine Primärinfektion der Fliegen beim Stechen kranker Kinder oder um eine biologische Umänderung des Virus im Insektenleibe.

7. Sorgfältiges Detailstudium einzelner Epidemien zwingt zu der von Wickman vertretenen Hypothese, daß die Kinderlähmung eine kontagiöse Erkrankung darstellt, die von Person zu Person übertragbar ist. — Fast jede Poliomyelitisepidemie setzt sich aus größeren und kleineren Herden zusammen, die sich unabhängig von der Dichte der Bevölkerung bilden. Diese Neigung zur Herdbildung verwischt sich leicht bei großer Morbidität und in verkehrsreichen Städten. Zum epidemiologischen Studium sind Sammelforschungen und Massenstatistiken durch schriftliche Nachfragen und flüchtige Besuche wenig geeignet; mühsame persönliche Nachforschungen an Ort und Stelle durch einen auf dem Gebiete der Poliomyelitis klinisch und epidemiologisch geschulten Beobachter sind unerläßlich.

8. Die sehr häufigen Gruppeninfektionen beweisen an sich keineswegs eine gegenseitige Ansteckung der Kinder; es kann auch eine gleichzeitige und gemeinsame Infektionsquelle vorliegen. Eine gegenseitige Infektion läßt sich nur durch Fälle beweisen, in denen die Kinder nacheinander, und zwar außerhalb des Spielraumes der üblichen Inkubationsdauer erkranken.

9. An dem Vorkommen, ja, an der Häufigkeit einer Einschleppung und Weiterverbreitung des Leidens durch scheinbar gesunde und erwachsene Zwischenpersonen sind Zweifel kaum mehr möglich. Die Existenz solcher Virusträger wurde durch Pettersson und seine Mitarbeiter experimentell bewiesen. Abortive Fälle und Virusträger sind aber schon deshalb, weil sie unerkannt bleiben und sich freier in der Umgebung bewegen, in epidemiologischer Hinsicht gefährlicher als die Poliomyelitiskranken selbst. Durch eine Reihe lehrreicher Beispiele wird diese Übertragbarkeit des Leidens durch Virusträger, durch abortive Fälle sowie durch die frisch gelähmten Kranken illustriert.

10. Die Beweiskraft solcher direkten und indirekten Kontakte zwischen den Einzelfällen verliert sich leicht bei starker Häufung der Erkrankungen sowie in Orten mit lebhaftem Personenverkehre. Die günstigsten Beobachtungsbedingungen sind bei kleineren Epidemien in dünnbevölkerten, wenig verkehrsreichen Landbezirken gegeben.

11. Die geographische Anordnung der Poliomyelitisfälle gehört gleichfalls zu den Beweisen für die direkte oder indirekte Übertragung des Leidens von Person zu Person (kontinuierliche Weiterverbreitungen der Kinderlähmung von Ort zu Ort, meist in radiärer Richtung; Auftreten von Gruppeninfektionen, besonders in Häusern, die an großen Landstraßen oder in der Nähe von Eisenbahnstationen liegen). Für die Tatsache einer Viruseinschleppung in poliomyelitisfreie Orte gibt auch die Berufsstatistik der primär oder allein befallenen Familien wertvolle Winke.

12. Die positiven Nachweise einer Virusübertragung von Person zu Person werden durch negative Befunde, vor allem am Großstadtmaterial kaum erschüttert; andere plausible Übertragungsweisen wurden zudem nicht gefunden. Auch das sporadische Vorkommen des Leidens in seuchenfreien Zeiten sowie das Ausbleiben von Krankenhausepidemien und von Gruppeninfektionen in kinderreichen Familien sind keine stichhaltigen Gründe gegen die Wickmansche Lehre. Gleiches beobachten wir bei der in epidemiologischer Hinsicht nahe verwandten Zerebrospinalmeningitis. Auch „Poliomyelitisinfektion" ist keineswegs identisch mit „Poliomyelitiserkrankung". Abortive Fälle ohne klinische Rückenmarckbeteiligung sind häufiger als Lähmungsfälle. Die Zahl der einfachen Virusträger entzieht sich noch ganz unserer Schätzung. Das Fehlen von Krankenhausepidemien

spricht gegen die Kontagiosität des Leidens höchstens unter der Voraussetzung, daß nicht nur weitere Lähmungen, sondern auch Poliomyelitisinfektionen in Gestalt abortiver Fälle und von Virusträgern ausbleiben. Das Vorkommen von Virusträgern in der Umgebung von Poliomyelitiskranken ist jedoch neuerdings festgestellt (siehe oben).

13. Ein schwerwiegendes Bedenken gegen die vorherrschende Bedeutung der Kontagiosität liegt in der auffälligen Bevorzugung dünnbevölkerter, wenig verkehrsreicher und ländlicher Bezirke durch Poliomyelitisepidemien. Bei einer Erkrankung, die von Person zu Person übertragbar ist, müßte man die höchste Morbidität eher dort erwarten, wo der regste Verkehr herrscht. Ein uns noch ganz unbekanntes örtliches „Etwas" ist, abgesehen von der Übertragbarkeit des Erregers, zur Erklärung der Epidemien erforderlich. Neben einer örtlichen kommt auch einer persönlichen Prädisposition große Bedeutung zu. Besondere Prädispositionen von allgemeiner Bedeutung schaffen Jahreszeit und Lebensalter. (Bevorzugung von Sommer und Frühherbst sowie der ersten drei Lebensjahre.) — Im Kindesalter müssen wir mit einer gesteigerten Transportmöglichkeit des Virus von den Eingangspforten aus zum Rückenmark rechnen.

14. Die spinale Kinderlähmung gehört zu jenen akuten Infektionskrankheiten, die Immunität hinterlassen. Die Prädisposition eines Landes muß sich also durch Massenerkrankungen — wenigstens jahrelang — abschwächen. Auch in der zweiten großen schwedischen Epidemie im Jahre 1911 zeigte es sich, daß die 6 Jahre zuvor so schwer heimgesuchten Provinzen fast freiblieben, während umgekehrt die Morbidität in jenen Gegenden am größten war, wo im Jahre 1905 nur vereinzelte Fälle auftraten. Für die relative Immunität älterer Kinder und Erwachsener kann die Immunisierung durch frühere abortive Infektionen mitverantwortlich sein.

15. Die einzelnen Epidemien unterscheiden sich nicht allein durch Morbidität und Mortalität; auch die klinischen Erscheinungsweisen zeigen einen bemerkenswerten Wechsel. Es liegen jedoch kaum qualitative Änderungen des Krankheitsbildes in den einzelnen Provinzen und Epidemien vor; es ändert sich wohl nur das quantitative Mischungsverhältnis aller jener vielgestaltigen Verlaufsformen, die man bei jeder größeren Epidemie betrachtet. Innerhalb einer befallenen Provinz sieht man mitunter den gleichen Wechsel wie bei den großen Epidemien ganzer Länder (unter anderem lokale Gutartigkeit oder Bösartigkeit der Infektion, besonderer Typus der Initialerscheinungen und der Spielarten des Leidens in einzelnen kleineren Herden).

Zur wirksamen Seuchenbekämpfung sind bessere epidemiologische Unterlagen dringend erforderlich. Die Voraussetzung hierfür bilden: eine ständige und allgemeine gesetzliche Anzeigepflicht der Kinderlähmung in allen auch durch sporadische Fälle bedrohten Staaten sowie eine bessere Schulung der Ärzte in der Erkennung der vielgestaltigen klinischen Bilder des Leidens.

11. **Eduard Müller** (Marburg): *„Die Symptomatologie des Frühstadiums der epidemischen Kinderlähmung"*. (Erscheint in extenso in der Monatschrift für Kinderheilkunde, Abteilung Originalien.)

Die sogenannte spinale Kinderlähmung ist das praktisch wichtigste Endprodukt einer akuten spezifischen Infektionskrankheit. Wir müssen deshalb von vornherein eine bestimmte Inkubationsdauer und eine akut-fieberhafte Krankheitsentwicklung erwarten.

Die Inkubationsdauer beträgt durchschnittlich etwa 1 Woche. Ihr Minimum scheint 1 bis 2 Tage zu sein, ihr Maximum nur ausnahmsweise über 1½ Wochen hinauszugehen. Wesentliche klinische Störungen bestehen während dieser Zeit nicht.

Das akut einsetzende Frühstadium läßt sich in zwei Phasen teilen: in die präparalytischen fieberhaften Vorläufererscheinungen und in die Periode der Lähmungsentwicklung. Wir können weiterhin präparalytische fieberhafte Allgemeinerscheinungen mit und ohne hervorstehende Lokalerkrankungen unterscheiden. Sind solche Lokalerscheinungen vorhanden, so bestehen sie entweder in Störungen der Atmungsorgane oder in Störungen des Magen-Darmkanals oder endlich in dem Symptomenkomplex der Meningitis.

Das Fieber ist eine fast regelmäßige Begleiterscheinung der ersten Krankheitstage; Fieberhöhe und Fiebertypus wechseln jedoch. Meist besteht eine ein- bis mehrtägige Temperatursteigerung von 38·5 bis 39·5 C. Selbst bei raschem, hohem Anstieg auf 40° C und darüber fehlen meist Schüttelfröste und allgemeine Konvulsionen. — Die begleitende Pulsbeschleunigung ist oft viel stärker als der Fieberhöhe entspricht; auch eine hohe Atmungsfrequenz ist nicht immer eine einfache Folge der Temperatursteigerung. (U. a. Paresen der Atmungsmuskulatur und die Initialerkrankungen des Respirationsapparates!)

Die präparalytische Beteiligung der Respirationsorgane äußert sich bald in einem hartnäckigen Schnupfen, bald in einer anfänglichen Angina, in wieder anderen Fällen in einer frühzeitig einsetzenden Bronchitis und manchmal sogar infolge von Mischinfektionen in initialen Pneumonien. — Konjunktivitis mit Lichtscheu kommt gleichfalls vor.

Die präparalytischen Erkrankungen des Digestionsapparates können derart das Frühstadium beherrschen, daß man die epidemische Kinderlähmung geradezu als eine ruhrartige Infektionskrankheit bezeichnet hat. Eine schwere Enteritis follicularis kann die anatomische Grundlage sein. — Die Darmbeteiligung äußert sich vielfach auch in hartnäckiger initialer Verstopfung. — Erbrechen tritt meist nur am ersten Tage auf. Es ist nicht immer die Folge anatomisch nachweisbarer Gastritis; es kann einfach ein meningeales Reiz- und fieberhaftes Allgemeinsymptom sein. — Von Interesse ist die schon von Heine beschriebene Stomatitis mit Speichelfluß. Endlich sind erwähnenswert: die häufige Appetitlosigkeit im Stadium febrile, das durch Fieber und Schwitzen bedingte Durstgefühl sowie der Zungenbelag.

Wenn sich die beginnende Poliomyelitis unter dem Symptomenbilde der Meningitis verbirgt, kommt es u. a. zu Wirbelsäulen- und Nackensteifheit, zu auffälliger Schläfrigkeit am Tage und großer Unruhe in der Nacht (mit häufigem Schreien, Phantasieren und verschiedenartigen Spontanzuckungen der Extremitäten), ferner zu Kopfweh, Zähneknirschen und Augenverdrehen. Hierzu können vertebrale Druckempfindlichkeit, Hyperästhesie (namentlich bei Wirbelsäulenbewegungen) und Gliederschmerzen treten.

Dieser Meningismus der beginnenden Poliomyelitis unterscheidet sich von echter tuberkulöser, epidemischer oder banal eitriger Genickstarre durch den Ausfall der Lumbalpunktion, durch das Fehlen von Augenhintergrundsveränderungen, durch die Seltenheit tieferer Bewußtseinstrübungen und quälender hartnäckiger Kopfschmerzen. Eine hochgradige Wirbelsäulen- und Nackensteifigkeit ist bei beginnender Poliomyelitis zudem ungewöhnlich. Vielfach handelt es sich sogar um auffällige Schlaffheit der Wirbelsäule infolge von Paresen der Rumpf- und Nackenmuskulatur. Oft liegt ein Pseudoopisthotonus vor (schlaffes Nachhintensinken des Köpfchens infolge hypotonischer Paresen der Nackenmuskulatur!).

Der übrige Organbefund ist im präparalytischen Stadium meist negativ (von gelegentlichen mäßigen Milztumoren, flüchtigen Albuminurien und geringfügigen Lymphdrüsenschwellungen abgesehen). Recht häufig sind Hautausschläge verschiedener Art (Schweißexantheme, typischer Herpes zoster, sogar scharlach- und masern-

ähnliche Spätexantheme, auch spätere lamellöse Hautabschuppungen). Es gibt anscheinend eine Form des Herpes zoster, die ätiologisch der epidemischen Poliomyelitis nahesteht. Bei diesem idiopathischen Herpes finden sich anscheinend die gleichen Antikörper im Blutserum wie bei typischer Kinderlähmung. (Möglichkeit einer Immunisierung gegen Poliomyelitis durch Herpes zoster?)

Im Rahmen der wechselnden Erscheinungsweisen des Frühstadiums kehren gewisse Kardinalerscheinungen wieder, die schon im präparalytischen Stadium eine richtige Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestatten können. Diese Kardinalerscheinungen sind: eine ungemein häufige und geradezu pathognomische Hyperästhesie, eine auffällige, wohl spinal bedingte Neigung zum Schwitzen trotz Fieber und Durchfälle und schließlich das Ergebnis der Lumbalpunktion und das Verhalten des Blutbildes.

Mit der oft flüchtigen Hyperästhesie der Haut geht gern eine große Schmerzhaftigkeit bei passiven Bewegungen, namentlich in der Wirbelsäule einher. Besonders typisch ist die umschriebene Hyperästhesie; sie lokalisiert sich gerne in den später gelähmten Körperteilen. Umschriebene Hyperästhesie kann schwerwiegende Fehldiagnose verursachen, z. B. Gelenkrheumatismus, Koxitis, Frakturen, akute Appendizitis usw. — Die sensiblen Reizerscheinungen können sich auch in Form heftiger Spontanschmerzen, vor allem in den Beinen geltend machen und mit Druckempfindlichkeit von Muskeln und Nerven vergesellschaften (ein sogenannter polyneuritischer Typus vom symptomatologischen Standpunkt aus).

Die Lumbalkpuntion ergibt in der Regel Drucksteigerung und Mengenzunahme, gleichzeitig aber Klarheit und mikroskopisch-bakteriologische Sterilität der Hirn-Rückenmarks-Flüssigkeit. Zytologisch zeigt sich gerne eine mäßige Lymphozytose und chemisch eine Zunahme des Eiweißgehaltes. Alle Liquorveränderungen sind am deutlichsten im präparalytischen Stadium.

Während der fieberhaften Prodromalien besteht häufig eine deutliche Leukopenie; mitunter kommen jedoch — vielleicht unter dem Einflusse von Mischinfektionen — auch Leukozytosen vor. Das Fehlen einer stärkeren Leukozytose oder gar der positive Nachweis einer Leukopenie (eventuell mit relativer Lymphozytose und Eosinophilie) fällt bei verdächtigen, akut fieberhaften Erkrankungen des Kindesalters, die nicht als Typhus abdominalis, Masern und Tuberkulose zu deuten sind, für die Annahme einer beginnenden epidemischen Kinderlähmung in die Wagschale.

Zu diesen Kardinalerscheinungen treten noch allgemein diagnostische Gesichtspunkte, vor allem die Berücksichtigung des Prädilektionsalters. Bei jeder ätiologisch unklaren, akut fieberhaften Erkrankung des Kindesalters ist auch an die Möglichkeit beginnender Poliomyelitis zu denken und deshalb von vornherein eine neurologische Untersuchung vorzunehmen. Wichtige Frühsymptome sind, abgesehen von den geschilderten Kardinalerscheinungen: die eigenartige Schläfrigkeit der Kinder am Tage bei Unruhe des Nachts, umschriebene Hyperästhesien ohne erklärenden Lokalbefund, das Verschwinden von Reflexen und lokalisierte Muskelhypotonien sowie motorische Insuffizienzen.

Die Serodiagnose, die auf dem Antikörpernachweis beruht, ist in ihrer heutigen Form für die Frühdiagnose kaum brauchbar. Für die wissenschaftliche Klärung anderer klinischer und epidemiologischer Fragen ist sie aber sehr geeignet. (Ätiologische Deutung zerebraler Lähmungen, abortiver Formen und Landryscher Paralysen, Beziehungen der sporadischen zur epidemischen Kinderlähmung usw.)

Die Antikörper bilden sich in nachweisbaren Mengen erst im Lähmungsstadium, dadurch verliert die Methode ihre Brauchbarkeit für die Frühdiagnose. Das Verfahren hat außerdem schwerwiegende

Nachteile (Kostspieligkeit, lange Versuchsdauer, technische Schwierigkeit, Notwendigkeit von vollvirulentem Virus usw.).

Die schlaffen Vorderhornlähmungen setzen meist in unmittelbarem Anschlusse an diese fieberhaften Prodromalien oder noch während derselben ein. Da die Eigentümlichkeiten dieser frischen Lähmungen zur Genüge bekannt sind, werden nur einige weniger geläufige Einzelheiten besprochen (Art der Lähmungsentwicklung, Prädilektionstypus, häufige Beteiligung der Rumpf- und Bauchmuskulatur sowie der Intercostales usw.).

Zwei wenig beachtete, aber häufige Begleiterscheinungen des paralytischen Frühstadiums sind Störungen der Sensibilität und der Blasenmastdarmfunktion. Grobe Anästhesien sind sehr selten, ausgebreitete und flüchtige Hyperästhesien, namentlich im Bereiche der Temperatur und Schmerzempfindung sowie der sogenannten faradokutanen Sensilibität jedoch ganz gewöhnlich. Grobe, aber flüchtige Harnverhaltungen begleiten gerne die schweren doppelseitigen Beinparalysen.

Die epidemische Poliomyelitis kann solche Paralysen verursachen; sie muß es aber nicht. Es kommen ebenso wie bei anderen Infektionskrankheiten abortive Formen vor. Die Infektion erschöpft sich hier gewissermaßen in den fieberhaften Prodromalien. Während jeder größeren Epidemie finden sich Gruppeninfektionen, die unter den gleichen fieberhaften Initialerscheinungen der epidemischen Poliomyelitis mit und ohne nachfolgende Lähmungen verlaufen.

Für das Vorkommen abortiver Formen besitzen wir nicht nur klinische und epidemiologische, sondern auch experimentelle und serologische Beweise. Mit Vorliebe verläuft die abortive Poliomyelitis unter dem Bilde von Anginen, akuter Gastroenteritiden oder zunächst alarmierender, aber dann restlos abheilender meningitischer Erscheinungen; in anderen Fällen denkt man wegen Hyperästhesie und Gliederschmerzen an Rheumatismus und Influenza.

Die spinale Kinderlähmung ist nur die häufigste paralytische Form der Poliomyelitisinfektion. Gar nicht selten trägt die Lähmung einen bulbären und ausnahmsweise sogar einen enzephalitischen Charakter. Das Vorkommen einer Bulbärform läßt sich gleichfalls experimentell beim Affen sowie epidemiologisch, klinisch und autoptisch beim Menschen beweisen. Die bulbäre Kinderlähmung (die pontinen Fälle sind einzurechnen) beginnt gerne mit einseitigen Fazialislähmungen vom nukleo-peripherischen Typus (gewöhnlich auf Grund einer Encephalitis pontis). Zu diesen Fazialisparalysen treten gerne noch andere bulbäre und schließlich auch spinale Symptome hinzu. — Die bulbäre Kinderlähmung geht nicht mit schärferer anatomischer Beschränkung des Krankheitsprozesses auf Medulla oblongata und Pons einher.

Es gibt eine sehr seltene Verlaufsform der epidemischen Kinderlähmung, die auf vorherrschender Großhirnerkrankung zu beruhen scheint und damit als zerebral bezeichnet werden darf. Die anatomische Grundlage dieses zerebralen Typus bildet jedoch nicht eine vorherrschende Polioenzephalitis, d. h. Erkrankung der motorischen Rindengebiete. Streng genommen liegt dieser zerebralen Kinderlähmung eine spezifische Form weit ausgebreiteter disseminierter Enzephalomyelitis zugrunde. Die Entzündungsherde befallen stets beide Großhirnhälften, wenn auch die eine stärker als die andere. Die Kombination schlaffer mit spastischen Lähmungen oder rein spastische Paralysen beweisen an sich keineswegs, daß die für den Spasmus bedeutsamen Herde gerade im Großhirne liegen. Spastische Lähmungen sind auch bei der epidemischen Poliomyelitis das Lokalsymptom einer Pyramidenbahnbeschädigung in jedem Abschnitte ihres langen Verlaufes, von der Großhirnrinde angefangen bis zu den Endausbrei-

tungen der gekreuzten Seitenstrangfasern im Rückenmark. Selbst eine Leukomyelitis im Bereiche der gekreuzten Pyramidenbahn kann demgemäß spastische Symptome im Gefolge haben. Die häufigste anatomische Grundlage dieses Typus scheinen die bulbären beziehungsweise pontinen Herde zu bilden.

Alle paralytischen Frühformen sind gelegentlich lebensgefährliche Erkrankungen. Die durchschnittliche Mortalität betrifft etwa 10 bis 15%, sie kann jedoch nach Epidemie und Einzelherden — nach oben und unten — erheblich schwanken. Wird das Frühstadium glücklich überstanden, können selbst verzweifelte Fälle mit völligen doppelseitigen Extremitätenparalysen und Bulbärbeteiligung wider Erwarten geradezu restlos abheilen. Einen solchen günstigen Verlauf zeigen allerdings fast nur Fälle aus dem frühen Kindesalter und mit rascher Rückbildung. Im Gros der Fälle bleiben leider mehr oder minder ausgebreitete dauernde Lähmungen zurück. Darin liegt eine eindringliche Mahnung, daß wir alles daran setzen müssen, den gewaltigen Vorsprung, den die moderne wissenschaftliche Erforschung der epidemischen Poliomyelitis vor der prophylaktischen und therapeutischen Bekämpfung gewonnen hat, wenigstens teilweise einzuholen.

Die Aufgabe des Referenten, über das Symptomenbild der Kinderlähmung zu berichten, mußte sich mit Rücksicht auf die zur Verfügung stehende Zeit in einer Schilderung des Frühstadiums erschöpfen. Die wesentlichsten Fortschritte auf diesem Gebiete verdanken wir den grundlegenden Arbeiten von Medin und Wickman. Ein befriedigender Abschluß unserer Kenntnisse des Reparationsstadiums, z. B. des interessanten Verhaltens der elektrischen Erregbarkeit, ist noch nicht erreicht.

12. **Julius Zappert** (Wien): „*Pathologische Anatomie und experimentelle Pathologie der Poliomyelitis*".

(Ein Resumé des Referates wird von Vogt verlesen.)

Die Poliomyelitis ist eine, durch ein geformtes Virus bedingte Infektionskrankheit.

Die Existenz dieses Virus ist wohl nicht durch mikroskopische Darstellung, hingegen aber durch positive Tierversuche unzweifelhaft sichergestellt. Es handelt sich, ebenso wie bei der Hundswut, um ein sogenanntes invisibles, filtrierbares Virus.

Als Eintrittspforten dürften vorwiegend die Atmungswege in Betracht kommen. Die Verbreitung im Körper geschieht auf dem Wege der Lymphbahnen. Das Virus ist ausgesprochen neurotrop, indem es auf raschestem Wege das Zentralnervensystem, insbesondere das Rückenmark aufsucht.

Die Ausscheidung des Virus geschieht durch die Nasen-Rachen-Schleimhaut, wenn auch in nur beschränktem Maße. Außerdem findet sich dasselbe in den Lymphdrüsen, den Tonsillen, den Speicheldrüsen.

Außerhalb des Körpers ist das Virus nur in einer einzigen Versuchsreihe vorgefunden worden (im Staube des Krankenzimmers). Kontaktinfektionen sind bei Experimentaltieren noch nie beobachtet worden.

Die Infizierung von Versuchstieren, als welche derzeit nur Affen in Betracht kommen, geschieht durch intrazerebrale oder intraneurale, weniger verläßlich durch intraperitoneale, subkutane, intralumbale Injektion. Es gelingen vielfache Tierpassagen, wobei das Virus an Infektiosität nicht abnimmt, vielleicht sogar sich verstärkt.

Beim Experimentaltier treten dieselben Formen der Krankheit auf wie beim Menschen (auch abortive Formen); Enzephalitis ist hingegen nicht beobachtet worden. Der Verlauf der Affenpoliomyelitis ist ein sehr schwerer.

Das Überstehen einer natürlichen oder experimentellen Poliomyelitis bewirkt eine länger dauernde Immunisierung gegen neuerliche Infektion.

Das Vorhandensein eines Antitoxins im Blute von infiziert gewesenen Individuen läßt sich serodiagnostisch zur Erkennung zweifelhafter Fälle verwerten.

Prophylaktische Immunisierungsversuche sind bisher nicht in dem Ausmaße geglückt, daß eine serotherapeutische Behandlung des Leidens in Aussicht genommen werden könnte.

Die anatomische Grundlage des Leidens ist eine akute Entzündung des Zentralnervensystems, insbesondere des Rückenmarks, der Medulla oblongata, der Brücke, weniger des Gehirns.

Die Entzündung hat in ausgesprochenen Fällen infiltrativen Charakter und ist namentlich um die Gefäße angeordnet.

Die Beteiligung der Meningen ist bei der Entzündung eine minderwertige.

In der Rundzelleninfiltration spielen einkernige Lymphozyten (Polyblasten Maximows) eine hervorragende Rolle.

In allen Fällen findet sich eine ausgesprochene Degeneration und Zerstörung der nervösen Elemente.

Auf Grund ganz frischer, gerade im Beginne und den ersten Stadien der Lähmung getöteter Tierbefunde muß angenommen werden, daß der erste Angriffspunkt des Giftes — wenigstens in besonders schweren Fällen — die Nervenzellen sind, welche sich noch vor Auftreten der Infiltrationen um die Gefäße als verändert und der Neuronophagie unterworfen zeigen.

Die anatomische Beteiligung des Gehirns am Krankheitsprozeß ist in der Regel eine geringe.

Die Spinalganglien sind in frischen Fällen fast immer betroffen.

Das periphere Nervensystem ist frei.

Die anderen Organe zeigen bei Verstorbenen lediglich nur die Zeichen einer allgemeinen Infektionskrankheit beziehungsweise des Erstickungstodes, manchmal des Status lymphaticus.

Die neuesten Fortschritte auf dem Gebiete der Pathologie der Poliomyelitis sind mit den Namen Wickman und Landsteiner unzertrennlich verknüpft.

13. Vorträge zu den Referaten: **v. Bokay** (Budapest): *„Die Epidemie von Heine-Medinscher Krankheit in Ungarn im Jahre 1911"*.

Die Zahl der Fälle von Poliomyelitis ist seit 1909 in Ungarn in Zunahme begriffen; im Jahre 1911 trat sie epidemisch auf und im ganzen Lande wurden 1911 397 Fälle gemeldet.

Auch in Ungarn bestätigte sich die Beobachtung, daß die Krankheit sich längs der großen Verkehrsstraßen ausbreitet. Die Mehrzahl der Fälle kamen während des Monates August vor. 46% der Fälle betrafen Kinder von 1 bis 3 Jahren, 18% Kinder von 0 bis 1 Jahren, kaum 1% wurde bei Erwachsenen über 14 Jahren beobachtet. In der Folge kam es zumeist zu Lähmungen der unteren Extremitäten, relativ selten zu solchen der oberen. Die meisten Beobachtungen betrafen die poliomyelitische Form der Erkrankung. Auch ist die meningitische Form mehrmals konstatiert worden; anderseits ist die polyneuritische Form und die Landrysche Paralyse selten. Der Charakter der ungarischen Epidemie war benigne (Mortalität 3·3%).

Ein Fall von Epidemie im Stephanie-Kinderspital in Budapest liefert den klassischen Beweis für die Möglichkeit der Übertragung. Ein Kind wurde während der akuten Periode der Heine-Medinschen

Krankheit an demselben Tage aufgenommen, an dem die Paralyse auftrat; das Kind, welches das Nebenbett innehatte und an Thoraxempyem litt, zeigte im Verlaufe der Woche gleichfalls alle typischen Symptome der Poliomyelitis.

14. **Axel Johannessen** (Christiania): *„Akute Poliomyelitis in Norwegen"*.

Zahlreiche Epidemien der Erkrankung haben den Norwegern Gelegenheit zu eingehenden Studien gegeben. Schon im Jahre 1868 wurde von B u l l die erste Epidemie (14 Fälle) unter dem Namen Meningitis spinalis acuta beschrieben, bei der es sich unzweifelhaft um Poliomyelitis handelte.

Erst im Jahre 1886 wurde eine zweite Epidemie von 9 Fällen beobachtet. In der Folgezeit werden einige kleinere Epidemien erwähnt, bis im Jahre 1899 eine große Epidemie in Telemarken sich ausbreitet. Eine noch größere Ausdehnung (100 Fälle) erreichte die Epidemie im Jahre 1903/04, dann weiter im Jahre 1905 (952 Fälle, darunter 84 Todesfälle). In den Jahren 1906 bis 1910 kamen 837 Fälle mit 112 Todesfällen zur Beobachtung. Die bei weitem größte Ausdehnung erreichte aber die Epidemie im Jahre 1911, in welchem nicht weniger als 1047 Fälle mit 184 Todesfällen gemeldet wurden. Im Jahre 1912 (I. Semester) sind 137 Fälle bekannt geworden. Schon frühzeitig wurde der kontagiöse Charakter der Erkrankung bekannt und wurde festgestellt, daß die Epidemie sich längs der Verkehrswege ausbreite. Jede der Epidemien, besonders die großen Epidemien der letzten Jahre, gaben Gelegenheit zu eingehenden klinischen, bakteriologischen und pathologischen Untersuchungen, über deren Ergebnisse der Vortragende eingehend berichtet. Die Beobachtungen des Jahres 1911 legen die Vermutung nahe, daß die Übertragung durch Fliegen, Insekten, insbesondere Flöhe stattfindet.

Während der Epidemien betrug die Mortalität für das ganze Land 13 bis 23% der Erkrankungsfälle und 75% der Fälle betrafen Kinder unter 15 Jahren. Von den Kindern, welche überleben, blieben nach den Beobachtungen in Norwegen etwa 30% invalide.

Zum Schlusse führt J o h a n n e s s e n die zur Bekämpfung der Übertragung von der Regierung angeordneten Maßnahmen an, unter denen besonders folgende zu erwähnen sind:

1. Isolierung der Kranken in der akuten Periode während einer Dauer bis zu 3 Wochen.

2. Besondere Vorsicht bezüglich der Nasenschleimhäute und des Sputums sowie der anderen Sekrete und Entleerungen.

3. Desinfektion alles dessen, was mit den Entleerungen und Sekreten der Kranken in Kontakt gewesen ist.

4. Besondere Beachtung der Übertragung durch gesunde Personen und eventuell der Abortivfälle.

5. Jeder neue Fall muß gemeldet werden und der Meldung werden Angaben über Ätiologie, Beginn und Entwicklung der Krankheit zugefügt.

6. Die Schulen werden in den befallenen Distrikten geschlossen.

Diese Maßregeln werden in einzelnen Bezirken noch ganz besonders verschärft. Vom Gesundheitsamte ist dem Parlament eine Vorlage eingereicht, welche unentgeltliche Behandlung aller Kranken, besonders der Krüppel, auf Kosten des Staates befürwortet. Das Parlament hat bereits besondere Mittel für das Studium der Erkrankung bewilligt.

Gorter (Leyden in Holland): *„Beobachtungen über die Epidemiologie der Heine-Medinschen Krankheit"*.

Der Vortragende hat im Jahre 1909 in Leyden 30 typische Fälle mit schlaffer Lähmung beobachtet. Die Hypothese, daß die Poliomyelitis durch gesunde oder kranke Bazillenträger verbreitet wird, ist bisher nicht bewiesen. Sie wäre nur verständlich, wenn die Zahl der Bazillenträger im Verhältnisse zu der Zahl der typisch Erkrankten außerordentlich groß wäre.

16. **Mathilde de Biehler** (Warschau): *„Beobachtungen bei der Poliomyelitisepidemie in Polen im Jahre 1911"*.

Von polnischen Ärzten wurden 152 Fälle beobachtet. 138 waren weniger als 5 Jahre alt. Die Mortalität betrug 3·09%. Heilung trat in 45·3% der Fälle ein. Die häufigste Form war die einfache poliomyelitische mit Lähmung der unteren Extremitäten; bemerkenswert ist bei der polnischen Epidemie die Häufigkeit der Fazialislähmung, die von anderen Autoren seltener beobachtet wird. In den Fällen, in denen eine Leukozytenzählung vorgenommen wurde, wurde in der präparalytischen Periode eine Zahl unter dem Normalen und bei der paralytischen eine Zahl wenig über dem Normalen gefunden. Die Vortragende macht besonders auf die guten therapeutischen Erfolge mit Elektragol aufmerksam.

Pathologisch-anatomische und pathologische Untersuchungen fehlen ebenso. Wie die anderen Autoren betont die Vortragende die Notwendigkeit polizeilicher Anmeldung, obligatorischer Desinfektion und Schulüberwachung.

17. **Wernstedt** (Stockholm): *„Die zweite große schwedische Poliomyelitisepi emie"*.

Seit Anfang 1911 bis 15. September 1912 sind mehr als 6000 Fälle gemeldet worden. Die Epidemie ist an verschiedenen, weit auseinanderliegenden Orten entstanden und hat sich von diesen aus weiter entwickelt. Mehr als bei der ersten Epidemie (1905) sind bei der zweiten Epidemie (1911/12) die Städte betroffen. Doch ist in den ländlichen Bezirken die Mortalität höher als in den Städten.

Der Vortragende schildert die Entwicklung eines der größten Epidemieherde im Jahre 1911. Die ersten Fälle in diesem Herde, welcher einen Durchmesser von etwa 160 km hat und allein mehr Fälle als die gesamte Epidemie vom Jahre 1905 umfaßt, kamen im Monate Juni in einem kleinen Garnisonsorte im südlichen Schweden vor. Von diesem Orte aus hat sich die Krankheit in der Folgezeit nach verschiedenen Richtungen weiter verbreitet, und zwar in der Weise, daß der Zuwachs jedes Monats sich als eine konzentrische Zone um den früheren Epidemiebezirk herumlagert. Im September ist die Eepidemie im Zentrum bereits erloschen, doch schreitet sie in der Peripherie in den nächsten Monaten weiter vor. Dieses Verhalten der Epidemie weist darauf hin, daß die prophylaktischen Maßnahmen zur Bekämpfung der Erkrankung nicht nur in der eigentlichen Epidemie, sondern auch in deren weiterer Umgebung zu treffen sind.

Was die Lokalisation der einzelnen Herde anbetrifft, so hat sich gezeigt, daß im Jahre 1911 die Mehrzahl der neuen Herde in unmittelbarer Nähe der früheren Herde des Jahres 1905 liegen. Manche bilden sogar topographisch eine direkte Fortsetzung der alten Herde. Trotzdem sind die im Jahre 1905 von der Epidemie ergriffenen Gegenden bei der letzten Epidemie im Jahre 1911 beinahe vollständig verschont geblieben.

Bei der letzten Epidemie hat sich gezeigt, daß in verschiedenen Gegenden die Zahl der Abortivfälle die der Lähmungsfälle bei weitem übertroffen hat. Das am meisten Charakteristische der Initialsymptome

sind nach den Erfahrungen des Vortragenden die mit Erbrechen und starken Kopfschmerzen einsetzenden Schmerzen und die Steifigkeit des Rückens und insbesondere des Nackens. Dazu gesellt sich gewöhnlich eine gewisse Schwierigkeit des Gehens, das unsicher und sogar nicht selten mehr oder weniger ataktisch wird. Schweiß kam seltener zur Beobachtung und Leukopenie konnte Wernstedt in 40 genau und mehrmals untersuchten Fällen kein einziges Mal finden. Die gesamten Symptome halten einen oder zwei Tage an und sind von einem ausgesprochenen Müdigkeitsgefühl gefolgt. Der Patient erholt sich rasch, manchmal erkrankt er aber nach einigen Tagen oder Wochen noch einmal in derselben Weise und dann treten nicht selten Lähmungen dazu.

Schließlich werden die experimentellen Forschungen besprochen, welche von Kling, Pettersson und dem Vortragenden ausgeführt wurden. Man konnte dabei den Erreger im Sekrete der Nase, des Mundes und des Rachens, der Trachea und des Darmtraktes nachweisen, und zwar nicht nur bei typisch Erkrankten, sondern auch bei den Abortivfällen und bei ganz Gesunden in der Umgebung des Kranken. Die Erreger lassen sich sehr lange Zeit nach dem Einsetzen der Erkrankung in den genannten Sekreten nachweisen (bis zu 7 Monaten), doch scheint ihre Virulenz schon einige Wochen nach dem akuten Stadium abgeschwächt zu werden. Weiter zeigte sich, daß bei Affen, welche die klinischen Symptome der Poliomyelitis aufgewiesen hatten, nicht immer infiltrative Prozesse im Rückenmarke zu finden waren, sondern degenerative Veränderungen der Nervenzellen und Erkrankung der Zellen der Neuroglia.

18. **Pettersonn** (Stockholm): *„Zur Epidemiologie der Poliomyelitis"*.

Pettersonn bekämpft die Theorie von der Verbreitung der Erkrankung durch Fliegen oder andere Insekten. Die Krankheitskeime finden sich im Blute nur in sehr geringer Zahl und ihre Gegenwart in der Zirkulation ist von kurzer Dauer; sie verschwinden nach der akuten Periode. Es ist anderseits wenig wahrscheinlich, daß Insekten imstande sind, das Virus auf große Entfernungen zu übertragen, wie dies nach der Ausbreitungsart großer Epidemien der Fall sein müßte und endlich ist eine große Zahl von schwedischen Epidemien in einer Jahreszeit vorgekommen, in der das Leben der Insekten noch latent ist.

19. **Netter** (Paris): *„Die Poliomyelitis in Frankreich"*.

Der Vortragende bedauert, daß unter den Ländern, über die die verschiedenen Vortragenden berichtet, die Vereinigten Staaten, Kanada und England fehlen. Er erinnert daran, daß Cordier (Lyon) bereits 1887 den kontagiösen Charakter der Erkrankung erkannt hatte. Von 1893 bis 1898 wird die abnorme Zahl von Fällen in Paris, im Département du Nord und im Becken der Garonne erwähnt. Einige der Beobachter melden die Multiplizität der Fälle in derselben Familie. Vor allem zeigt seit dem Sommer 1909 die Krankheit eine unvergleichlich höhere Frequenz und Schwere in allen Teilen von Frankreich. Erst 1911 und 1912 wurden die Fälle seltener.

Bezüglich der Epidemiologie meint Netter, daß der Kontakt der Kranken und der Rekonvaleszenten nicht genügt, die Übertragung der Erkrankung zu erklären, daß vielmehr auch gesunde Personen als Mittler dienen können. Die Tatsache, daß die Mehrzahl der Poliomyelitisfälle isoliert bleibt, ist nach Netters Ansicht auf Änderungen der Frequenz und der Ausbreitungsfähigkeit des Kontagiums zurückzuführen. Für diese Anschauung sprechen die experimentellen Ergebnisse: Bei Inokkulation auf Affen hat Levaditi das englische Virus virulenter gefunden als das französische.

Die Bedingungen, welche die Ausbreitung der Poliomyelitis begünstigen, zeigen eine gewisse Analogie mit denen, welche bei Zere-

brospinalmeningitis bestehen. Beide Infektionen sind übrigens mehrfach aufeinander gefolgt.

Aus den bisherigen Ausführungen ergab sich die Indikation für die Prophylaxe: Anmeldungspflicht, Isolierung während eines Monats (ausgedehnt auf Brüder und Schwestern der Kranken). Die abortiven Formen der Erkrankung sind besonders wichtig und wurden zuerst von Levaditi und Netter durch Blutuntersuchungen sichergestellt. Die meningitischen Formen sind in Frankreich besonders häufig gewesen und haben im Anfange zu Verwirrungen Veranlassung gegeben.

Mit Eduard Müller neigt Netter zu der Meinung, daß bei der akzendierenden Tuberkulose der Tod eher auf eine Beteiligung der Atmungsmuskulatur als auf eine Zerstörung der bulbären Kerne zurückzuführen ist.

Therapeutisch wurde mit größtem Erfolge Urotropin verwendet, dessen Verwendung während der akuten Periode besonders gerechtfertigt erscheint, seitdem Crowe und Cushing Formaldehyd in der Zerebrospinalflüssigkeit einige Minuten nach der Einführung des Urotropins nachgewiesen haben. Beim Kinde werden in 6 bis 8 Dosen 2 g, beim Erwachsenen 4 g Urotropin gegeben. Serotherapie kommt für die Fälle in Betracht, bei denen die Poliomyelitis noch in voller Entwicklung ist, wenn auch die bisher erzielten Erfolge wenig ermutigend sind.

20. **Georges Schreiber** (Paris): *„Die Reflexe bei Poliomyelitis"*.

In der Regel findet man die Angabe, daß bei der intestinalen Paralyse die Sehnenreflexe vollkommen fehlen und die Hautreflexe herabgesetzt sind oder fehlen. Diese Lehre, die für gewöhnlich richtig ist, wenn man die Spinalform der Heine-Medinschen Krankheit in Betracht zieht, bedarf der Einschränkung, da eine ziemliche Anzahl von Ausnahmen vorkommen. Schreiber berichtet über die verschiedenen Formen von Reflexsteigerungen, wie sie bei Heine-Medinscher Krankheit beobachtet worden sind. Man kann konstatieren:

1. Steigerung beider Patellarreflexe.

2. Verschwinden des Patellarreflexes, gleichzeitig mit Steigerung des Achillessehnenreflexes derselben Seite.

3. Fehlen des Patellarreflexes einer Seite mit deutlicher Steigerung desselben Reflexes auf der andern.

4. Verlöschen der Reflexe der oberen Extremitäten mit Steigerung der Reflexe der unteren Extremitäten.

5. Vorübergehende Steigerung der Reflexe unmittelbar vor deren Verschwinden.

6. Steigerung der Reflexe im Stadium der Rückbildung.

Das Babinskische Phänomen wird oft beobachtet. Der diagnostische Wert des Phänomens ist aber in dem Prädilektionsalter der Positiven (2 bis 3 Jahre) nicht derselbe wie beim Erwachsenen.

Sitzung am Mittwoch, den 9. Oktober, vormittags.

In der Geschäftssitzung wird als Sitz des nächsten Kongresses Brüssel bestimmt, zum Vorsitzenden **Jacques** (Brüssel), zum Generalsekretär **Albert Delcourt** (Brüssel, Rue Ducale 23) gewählt.

Der Kongreß soll im Jahre 1915 in der letzten Woche des September stattfinden. Als Hauptthema werden für den nächsten Kongreß folgende drei Fragen ausgewählt: Die Rolle der Nebennieren in der Kinderheilkunde — Diagnose und Behandlung der tuberkulösen Drüsenerkrankungen — Prophylaxe der kontagiösen Erkrankungen in ihrer Beziehung zum Baue neuer Hospitäler.

Vorsitzende: **Feer** (Zürich),
D'Espine (Genf),
Vallagussa (Rom),
Combe (Lausanne).

Fortsetzung der Vorträge über Poliomyelitis:

21. **Fernandes Figueira** (Rio de Janeiro): *„Bericht über die Heine-Medinsche Krankheit in Rio de Janeiro"*.

Die Inkubationszeit ist länger als 12 Tage, also länger als die Reise von Europa respektive den Vereinigten Staaten nach Rio beträgt. Neger und Mestizen werden ebenso ergriffen wie die Weißen. Unter seinen 52 Fällen waren 26 Kinder im ersten Lebensjahre, 26 Kinder von 1 Jahre bis zu 45 Monaten. Die medulläre Form überwiegt.

22. **Violl** (Konstantinopel): *„Erfahrungen über Poliomyelitis"*, glaubt unter 20 Meningitisfällen, deren Natur nicht sicherzustellen war, 5 als zur Poliomyelitis gehörig betrachten zu können. Drei dieser Kranken, bei denen Lähmungserscheinungen auftraten, wurden im Verlaufe von 10 bis 14 Tagen geheilt oder gebessert.

23. Referat von **Ombrédanne** (Paris): *„Traitement chirurgical des suites des poliomyelitis"*.

Die chirurgische Behandlung der Folgen der Poliomyelitis kann sich auf alle Komponenten des lokomotorischen Apparates, wie Nerven, Muskeln, Faszien, Knochen, Gelenke erstrecken. Nie sollte sie vor Ablauf eines Jahres nach Eintritt der Lähmung beginnen, weil so lange noch Spontanbesserungen beobachtet sind.

Zunächst werden die Genese der Difformitäten, ihre ursächlichen Beziehungen zueinander besprochen, für jede einzelne Difformität unter kritischer Besprechung der einzelnen Methoden die geeignetste ausfindig gemacht, in einem zweiten Hauptabschnitt strengere Indikation für die spezielle Behandlung einiger häufigerer Lähmungstypen aufgestellt und im dritten die Behandlung der rein trophischen Wachstumsstörungen der Knochen besprochen.

I. Die Mehrzahl der Difformitäten entsteht durch die Muskellähmung als solche, nämlich durch das Überwiegen der gelähmten Antagonisten, die sekundäre Schrumpfung der Sehnen, Bänder, Bindegewebe der nicht gelähmten Partien, die auf die Knochenstruktur wirkenden geänderten Zug- und Druckverhältnisse.

Für die Untersuchung kommen die elektrische Prüfung, besonders die faradische Reizung des Muskels und weiterhin die aktive Muskelkontraktion durch den normalen Willensimpuls auf Kommando in Betracht.

Die Operationsmethoden lassen sich sondern in solche,

1. die eine Verminderung des Antagonistenzuges anstreben, nämlich Durchschneidungen der Sehnen, Aponeurosen, Muskeln, Nerven, Verlängerungsplastik der Sehnen und Muskeln der nicht gelähmten Partien.

2. Verkürzung der gelähmten und gedehnten Muskelpartien durch Kontinuitätsresektion oder Verlagerung der Sehnen der gelähmten Partien sowie Sehnen- oder Nervenanastomosierung und Überpflanzung von gesunden Teilen an Stelle von gelähmten.

3. Arthrodesen der durch das gestörte Muskelgleichgewicht deformierten Gelenke.

Ad 1. Tenotomien, am häufigsten offene oder subkutane der Achillessehne. Man unterscheidet die tiefe, 1 bis 2 cm über dem Ansatze am Kalkaneus, und die hohe, etwa 3 Querfingerbreiten darüber. Die

letztere ist angezeigt, wenn noch keine Schrumpfung des nicht gelähmten Streckapparates Platz gegriffen hat, weil es in diesen Fällen bei tiefer Achillotenotomie zu bleibender Dehiszenz kommen könnte, wenn die Strecker sich noch verkürzen, während bei der hohen die erhaltenen Muskelfasern dies verhüten. Die Tenotomie des Tibialis posticus wird besser durch die Sehnentransplantation ersetzt.

Die Tenotomie der Kniebeuger, Semitendinosus, Semimembranosus, Bizeps gibt für sich allein wegen sekundärer Wachstumsveränderungen der Femurkondylen gewöhnlich kein befriedigendes Resultat. Ebenso ist die Tenotomie des Tensor fasciae latae zur Behebung der Flexions-Abduktions-Außenrotationsstellung allein ungenügend und erfordert meist noch Durchschneidung des Sartorius, Rectus ant., Psoas, gelegentlich sogar der geschrumpften vorderen Gelenkkapsel.

Aponeurosendurchschneidung kommt fast nur für die Plantarfaszie bei Hohlfußbildung in Betracht, reicht allein fast nie aus, erfordert noch Durchschneidung anderer Weichteile oder Redressement forcé usw.

Myotomien kommen besonders an der Hüfte in Betracht; Muskelpfropfung und Heteroplastik hat sich klinisch als unbrauchbar erwiesen.

Ganz zu verwerfen sind die Neurotomien, die wohl den gesteigerten Tonus der Antagonisten, aber nicht die Weichteilretraktion aushalten können.

Sehnenverlängerung durch Sehnenplastik mittels schiefer oder treppenförmiger Tenotomie und nachfolgender Naht, Verlängerung durch alternierende seitliche Einschnitte sind zu verwerfen, da sie nicht die Kontinuität der Sehnenfasern wahren und wenigstens anfänglich nicht zugfest genug sind. In der Mehrzahl der Fälle wird man statt der immerhin komplizierten Sehnenverlängerung mit hoher oder tiefer Tenotomie auskommen.

Ad 2. Sehnenverkürzung zum Zwecke der Tenodese, d. h. Feststellung eines Gelenkes durch den Zug der verkürzten Sehne, wird erreicht durch schiefe Tenotomie mit Naht, durch Faltung und Raffung der Sehne. Die Naht ist dann erst nach 6 bis 8 Wochen genügend fest. Allein ist sie selten angezeigt, ihre Resultate mäßig, besser nach vorgängiger Tenotomie der Antagonisten, am besten wirkt sie in Verbindung mit Athrodese oder kleiner Tarsektomie.

Sehnenanastomose oder Pfropfung der Sehne eines ungelähmten Muskels auf die eines gelähmten. Der Wert bezüglich des Dauererfolges ist sehr bestritten und die beobachteten ungünstigen Resultate beruhen nach Lorenz auf dem gleichzeitigen Redressement, das auch ohne Sehnenanastomosierung den gleichen Effekt haben kann.

Die Sehnenüberpflanzung von Lange gewinnt der Anastomose gegenüber an Boden. Eine periostale Sehnenüberpflanzung hält einen Zug von 15 kg aus, eine Anastomose nur 3 kg. Die gelähmte Sehne läßt sich passiv dehnen, auch wenn sie mit einer gesunden anastomosiert ist. Wenn also die zu überpflanzende Sehne nicht lang genug ist, verlängert man sie besser durch ein Seidenfadengeflecht als durch eine gelähmte Sehne. Man darf nur die ganze Sehne transplantieren, weil sonst die bestehenbleibende Synergie beider Hälften das Resultat aufhebt. Ganz analog darf man nicht eine Muskelsehne aus einer synergisch wirkenden Muskelgruppe überpflanzen, weil sich sonst die Wirkungen zum größten Teil gegenseitig aufheben. Als Energiespender dürfen nur ganz intakte Muskeln verwendet werden. Demnach sind die Sehnentransplantationen nur bei Lähmungen, die sich auf eine sehr kleine Muskelgruppe beschränken, vorteilhaft. Der zu überpflanzende Muskel muß mit dem zu ersetzenden möglichst synergisch sein, außer wenn seine funktionelle Dignität sehr gering ist, so daß auch bei ausbleibendem Erfolge der Schaden nur gering ist.

Z. B. kann man die Extensores digitorum ruhig verwenden, um die Pro- und Supination des Fußes wieder herzustellen, den Flexor digitorum longus für die Extension des Fußes, niemals aber die Peronei oder den Tibialis anter. Die Indikationen für reine Sehnentransplantationen allein sind also zurzeit sehr eingeschränkt, dagegen sind sie ein wertvolles Hilfsmittel bei Arthrodesen und Tenotomien.

Nerventransplantationen sind zu verwerfen, weil sie nur neue Störungen und Difformitäten schaffen.

Nervenpfropfungen durch seitliche Anastomosierung zwischen gelähmten und gesunden Nerven nach Zerstörung des Neurolemms (von Lengfellner mit Erfolg ausgeführt) oder End-zu-Seite, d. h. durch Einpflanzung eines distalen gelähmten Nervenstumpfes in einen Längsschlitz eines gesunden Nerven, oder End-zu-End, d. h. durch Vereinigung eines peripheren gelähmten Nervenstumpfes mit einem proxinalen, einen Teil der Fasern eines gesunden Nerven umfassenden Nervenstumpf. Die Nervenanastomose End-zu-End ist mit der Neuronentheorie unvereinbar, aber diese ist in letzter Zeit vielfach bestritten und ersetzt durch die Theorie von den segmentär angeordneten Neuroblasten. Nach dieser verfallen die peripher von einer Nervenläsion liegenden Neurosegmente nicht der Wallerschen Degeneration, sondern kehren in einen Zustand embryonaler Undifferenziertheit zurück, aus dem sie durch die Vereinigung mit einer andern Neuroblastenkette in situ in den differenzierten Zustand zurückkehren können. Die Anastomose End-zu-Seite würde einen enormen Vorteil bedeuten, weil der Spendernerv nicht geschwächt wird. Spitzy behauptet, unter 23 Fällen von Nervenanastomose nie eine Störung seitens des anastomosierten gesunden Nerven erlebt zu haben, während Vulpius und Stoffel dies bestreiten. Nach der Literatur muß man sagen, daß die Nervenpfropfung in mehr als der Hälfte der Fälle fehlschlägt. Methode der Wahl sind die End-zu-Seit-Operationen. Für sich allein können sie nur bei nicht fixierten Füßen in Frage kommen, bei fixierten nur in Verbindung mit Tenotomien, Aponeurosendurchschneidung, Knochenoperationen usw.

Ad 3. Arthrodesen. Sie sind z. B. noch die beste Methode der Behandlung poliomyelitischer Lähmungen, dürfen aber nie vor Ablauf von 1, besser 2 Jahren seit der Lähmung und am besten erst bei Kindern zwischen 10 und 12 Jahren gemacht werden. Die allgemeinen Indikationen sind noch schwankend, je nach den Gelenken und je nach dem sozialen Milieu des Erkrankten.

An der Schulter sehr zweckmäßig, am Ellenbogen ganz zu verwerfen, am Handgelenke sehr selten, an der Hüfte brauchbar bei Lähmung der Glutäen, am Knie vorzüglich bei Schlotterknie, aber gerade hier besser durch Schienenhülsenapparate zu ersetzen, die Beugung des Knies beim Sitzen gestatten. Der Fuß wird zum lebenden Stelzfuß, für Arme, körperlich schwer Arbeitende besser als für Wohlhabende.

Am Fuße sind drei Arthrodesen zu unterscheiden. Die des Talokruralgelenkes für Beugung und Streckung, des Talokalkaneal- und des Talonavikulargelenkes für die Pro- und Supination. Die Arthrodese des oberen Sprunggelenkes allein hat eine Schattenseite: wenn nämlich der Triceps surae gelähmt ist, kann der Kranke den Fuß nicht abwickeln, nur einen halben Schritt machen und muß dann stets mit dem kranken Fuß vorangehen, oder es entwickelt sich eine Erschlaffung der fibrösen Talokruralverbindung. Eine weitere Schwierigkeit besteht übrigens auch, wenn noch eine Arthrodese des unteren Sprunggelenkes gemacht war, bei Lähmung des Quadriceps femoris dadurch, daß die Gastrocnemici, die dann die Streckung im Kniegelenke besorgen, nur bei beweglichen Talokruralgelenk wirken können. Ist dies aber durch Arthrodese versteift, so ist der Kranke schlechter daran wie vorher. Eine Abart der Arthrodese des Talokruralgelenkes ist die in

Extensionsstellung des Gelenkes zur Korrektur einer gleichzeitig bestehenden Wachstumsverkürzung des Beines. Zur Verhütung einer sekundären Valgus- und Varusstellung des Fußes ist noch eine Arthrodese des unteren Sprunggelenkes, der Gelenkverbindungen zwischen Talus und Kalkaneus und Talus und Navikulare erforderlich. Diese dreifache oder totale Arthrodese ist aber auf die Fälle von totalem Schlotterfuße zu beschränken, für die Mehrzahl der paralytischen Klumpfüße eignet sich nur die Arthrodese des unteren Sprunggelenkes allein. Dies hat den enormen Vorteil einer Erhaltung der so wichtigen Extension und Flexion im Talokruralgelenke, Funktionen, die durch die nun ermöglichte Verwendung der Sehnen der Peronei, Tibialis, Flexoren und Extensoren der Zehen wesentlich verbessert werden können. Sie ist die Methode der Wahl bei Pes equinus, equinus excavatus und equinovarus.

II. Bezüglich der Behandlung der durch die veränderten statischen Verhältnisse nach Lähmungen entstehenden Knochendeformitäten ist festzustellen, daß am Knie bei Quadrizepslähmungen oft eine kleine Resektion des vorderen Teiles der Femurkondylen gemacht werden muß, um nach der Tenotomie der Kniebeuger eine völlige Streckung zu ermöglichen.

Am Fuße kommen Eingriffe am Knochen nur nach Durchschneidung von Sehnen und Aponeurosen, bei fehlerhaft fixierten Füßen in Betracht und lassen sich oft durch ausgiebige Weichteildurchschneidungen, selbst durch Arthrotomien umgehen. So führt die Arthrotomie des Talonavikulargelenkes nach Phelps-Kirmisson zu einem Klaffen dieses Gelenkes und zu einer Pressung im Kalkaneokuboidgelenk und damit in der Folge zu einer Verlängerung des inneren und Verkürzung des äußeren Fußrandes durch das Knochenwachstum.

Das Evidement der Tarsalknochen, besonders des Talus, Kuboid, des Corpus calcanei usw., ebenso die partielle Talektomie haben alle den Zweck, unter Erhaltung der Fußwurzelgelenkflächen die Tarsalia gegeneinander beweglich zu erhalten, und kommen daher nur in Frage, wenn das Spiel der Fußgelenke durch Sehnen- und Nerventransplantationen garantiert werden kann. In allen anderen Fällen ist die Arthrodese angezeigt, die man je nach Lage des Falles zu einer keilförmigen Tarsektomie erweitert, z. B. beim Pes equinus excavatus mit Basis des Keils auf dem Fußrücken, bei Equinovarus mit dorsallateraler Basis usw.

III. In einem weiteren Teil seines Vortrages bespricht Ombrédanne die speziellen Behandlungsmethoden öfter wiederkehrender Lähmungstypen. Er empfiehlt die Arthrodese für die Deltoideslähmung, aber in Abduktionsstellung des Armes, weil sonst bei vertikaler Erhebung das Schulterblatt stark absteht, am Ellbogen plädiert er am besten für einen orthopädischen Apparat, macht darauf aufmerksam, daß eine Besserung der Kontraktilität der Strecker und Beuger des Vorderarmes oft durch Arthrodese der gelähmten Schulter erzielt wird, am Handgelenke kommen bei der weitaus überwiegenden Lähmung der Strecker besondere Sehnenanastomosen in Frage. Die speziellen Behandlungsmethoden der Lähmungen an der unteren Extremität sind schon im allgemeinen Teil mehrfach diskutiert worden.

IV. Im Schlußabschnitte bespricht Ombrédanne die Wachstumsverkürzung der Gliedmaßen, die auch ohne gleichzeitige Muskellähmungen, wohl durch physikalische und funktionelle Störungen an den Gelenkknorpeln hervorgerufen wird. Sie nimmt mit den Jahren zu. Man hat sie auszugleichen versucht:

a) durch Kontinuitätsresektion des gesunden Gliedes. Dies ist unstatthaft, mindestens vor beendetem Wachstum;

b) durch Reizung der Gelenkknorpel, Kauterisation, Skarifikation des Periostes, Nadeleinstiche am Knorpel usw. ohne Erfolg;

c) durch Stiefel mit Sohlenerhöhung, eventuell Arthrodese am Fuße in Extensionsstellung;

d) schiefe Osteotomie der Tilia mit langer Extension;

e) durch schiefe Osteotomie des Femur und Anlegen eines Quénu-Lambretschen Extensionsapparates, aber erst nach Tenotomie der Adduktoren zur Verhütung einer Dislocatio ad axim. Man operiert entweder in zwei Sitzungen im 10. und 20. Lebensjahre oder nur einzeitig, aber dann erst nach Abschluß des Wachstums. (Für den ausführlichen Auszug aus dem gedruckt vorliegenden Referat Ombrédanne auch an dieser Stelle Herrn Kollegen Schiller-Karlsruhe verbindlichsten Dank.)

24. **Albert Delcourt** (Brüssel): *„Kontagiosität der Rachitis beim Tiere"*.

Demonstration anatomischer Präparate, welche von einem rachitischen Schwein herrühren. Die Knochenveränderungen, die beim Tiere beobachtet werden, sind identisch mit denen beim Kinde. Delcourt glaubt, daß man Rachitis von Osteomalazie nicht trennen darf; es ist ein und dieselbe Erkrankung, die sich nur verschieden äußert, je nachdem ob es sich um Erwachsene oder um Kinder handelt. Zum Beweise dieser Anschauung beruft sich Delcourt auf die Arbeiten von Morpurgo, Moussu und Charrin, welche durch Inokulation von Knochenmark, das von einem rachitischen jungen Schwein herrührt, bei einem ausgewachsenen Kaninchen eine allgemeine Erweichung des Skeletts hervorgerufen haben wollen. Besonderes Interesse gebührt den Ergebnissen der tierärztlichen Untersuchungen: in allen Ländern, in denen Osteomalazie einheimisch ist, zeigen die ausgewachsenen Tiere Osteomalazie, die jungen Rachitis. Das hat man fürs Pferd in Madagaskar und in Indochina festgestellt. Nach Liénaux herrscht in dem Milieu, in dem Osteomalazie der ausgewachsenen Pferde und Ziegen vorkommt, gleichzeitig Rachitis der Füllen und der jungen Ziegen.

Bei den Schweinen ist Rachitis kontagiös. Liénaux will eine Übertragung nach 22 respektive 37 Tagen erzielt haben dadurch, daß er die jungen rachitischen Schweine mit anderen gesunden in Kontakt brachte.

Diskussion: Valagussa (Rom) erinnert daran, daß Santoni im Knochenmark von Rachitikern Diplokokken gefunden und daß er eine Vakzinebehandlung vorgeschlagen hat.

Giliberti (Neapel) spricht die Vermutung aus, daß Thymus und Schilddrüse in der Ätiologie der Rachitis eine Rolle spielen. Bei Hunden, welche Injektionen von thymo-thyrotoxischem Serum erhalten haben, haben sich bei der Autopsie rachitische Knochenveränderungen ergeben.

D'Oelsnitz (Nizza). Soviel auch der Einfluß der Thymus auf die Ossifikation und auf das Wachstum diskutiert worden ist, so steht doch fest, daß Thymektiomien, sebst totale, ohne besonderen Einfluß auf die Entwicklung des Kindes sind.

25. **Jan Raczynski** (Lemberg): *„Über den Einfluß der Sonnenstrahlen auf die Knochenentwicklung bei Rachitis"*.

So zahlreich die Arbeiten sind, die sich mit der Ätiologie der Rachitis beschäftigen, so gibt es doch keine einzige, welche experimentell den Einfluß der Sonne auf diese Krankheit geprüft hätte. Die tägliche Praxis lehrt, daß die meisten Fälle von Rachitis in den Monaten vorkommen, welche dem Winter folgen, d. h. im März, April und Mai. Die Statistik der rachitischen Brustkinder im Alter von

3 bis 12 Monaten, welche die Lemberger Kinderpoliklinik besuchen, zeigt eine Kurve, welche im Monate Jänner anzusteigen beginnt und in den folgenden Monaten schroff ansteigt, um im Juni ebensoschnell zu fallen.

Man hat diese allgemein bekannte Tatsache mit Mangel an Hygiene (schlechte Luft, feuchte, nicht ventilierte Wohnungen usw.), welche die Kinder armer Eltern während des Winters erleiden müssen, zu erklären versucht. Doch findet man häufig in denselben Monaten rachitische Kinder in Familien, in denen von Mangel an Hygiene keine Rede sein kann.

Man darf annehmen, daß die Sonne die Hauptrolle in der Ätiologie der Rachitis spielt. Um dies zu beweisen, führte Raczynski folgenden Versuch aus. Zwei neugeborene Hunde, die im Mai von dem gleichen Muttertier geboren waren, wurden 6 Wochen hindurch, der eine von morgens bis abends im Sonnenscheine, der andere in absoluter Finsternis in einem großen und gut ventilierten Stall gehalten. Beide wurden in der gleichen Weise ernährt, d. h. ausschließlich von dem Muttertiere gesäugt. Nach 6 Wochen wurden beide Hunde getötet und eine chemische Untersuchung des Gesamtkörpers ausgeführt. Dabei fand sich:

bei dem im Lichte gehaltenen Hunde	bei dem im Finstern gehaltenen Hunde
CaO 1·578	0·978
P_2O_5 1·192	0·862
MgO 0·054	0·041
Cl 0·162	0·347
Fe_2O_3 0·017	0·019.

Da der im Finstern gehaltene Hund weniger Kalk und Phosphor und mehr Chlor als der in der Sonne gehaltene aufwies, da ferner die Verminderung des Kalkes im Organismus ein charakteristisches Zeichen von Rachitis ist, so nimmt der Vortragende an, daß der Mangel der Sonnenwirkung die Kalkassimilation und die Knochenverkalkung im jugendlichen Organismus hindert und dadurch eine der Ursachen der Rachitis ist.

Sitzung am Mittwoch, den 10. Oktober, nachmittags.

Vorsitzende: **D'Astros** (Marseille),
Keller (Berlin),
Eminet (Charkow).

26. **Thiemich** (Magdeburg): „*Technik der Ernährung*", spricht zur Frage der Stilltechnik und wendet sich dabei hauptsächlich gegen die schematische Durchführung der Ernährung des Kindes stets nur an einer Brust, weil dadurch unnatürliche Verhältnisse geschaffen werden, welche die Beziehungen zwischen der Nahrungsmenge des Kindes und der Laktationsgröße verwischen. Des weiteren wendet er sich gegen die Forderung, die Kinder zum Zwecke der Nahrungsaufnahme aus dem Schlafe aufzunehmen.

Zur Entscheidung der Frage nach der Notwendigkeit häufigerer, sieben- bis achtmaliger Mahlzeiten in 24 Stunden sind Anstaltserfahrungen nach der Meinung des Vortragenden nur in sehr bedingtem Maße verwendbar; die Verhältnisse in einer gebildeten Familie entsprechen mehr den natürlichen Bedingungen.

Diskussion: D'Espine (Genf) weist darauf hin, daß viele Säuglinge eine Magendilatation aufweisen und daß es für diese vorteilhaft ist, ihnen häufigere und kleinere Mahlzeiten zu verabreichen.

27. **Jan Raczynski** (Lemberg): *„Das Schicksal der nicht pathogenen Mikroben im Magendarmkanal des Säuglings"*.

Zum Zwecke der Untersuchung hat Raczynski per os Kulturen vom Bacillus prodigiosus Säuglingen gegeben, welche sich in gutem Allgemeinstadium befanden und normale Verdauungsfunktionen aufwiesen; dann hat er die Stühle bakteriologisch untersucht.

Der Bacillus prodigiosus ist ein absolut indifferenter Mikroorganismus, welcher keine Verdauungsstörungen hervorruft und dessen rote Färbung ihn für bakteriologische Untersuchungen besonders geeignet erscheinen läßt.

Das Ergebnis der Untersuchungen war folgendes:

1. Bei 3 Brustkindern, deren jedes mehrfach Prodigioseskultur erhalten hatte, wurde nicht ein einziges Mal dieser Bazillus im Stuhle gefunden. — In dem nach $2^1/_4$, $2^1/_2$ und $2^3/_4$ Stunden nach der Mahlzeit ausgeheberten Mageninhalt fand sich auch dann, wenn der Magen bereits leer war, ein positives Resultat.

2. Bei 6 Kindern, die künstlich mit Kuhmilch (gezuckert), Butter-Milch, Kellerscher Malzsuppe, Kufekes Mehlsuppe ernährt wurden und deren jedes gleichfalls mehrmals Prodigiosuskultur erhalten hatte, wurde im Stuhle, allerdings nicht jedesmal, der Bazillus gefunden. Auch bei opstipierten Kindern wurde der Bazillus 3 bis 4 Stunden nach der Einführung der Kultur nachgewiesen und verschwand einige Stunden später.

28. **Ernö Deutsch** (Budapest): *„Kinderheilkunde, Hygiene und Kinderschutz"*.

Der Vortragende erörtert, ohne irgend etwas Neues zu bringen, die Frage, welche wichtige Rolle der Kinderheilkunde in der Verbreitung hygienischer Anschauungen zufällt, und schildert die notwendigen Maßnahmen zum Schutze der verschiedenen Altersstufen, von der Säuglingsfürsorge an bis zur Schulentlassung und zur Berufswahl. Mit Rücksicht auf die sozialen Aufgaben, vor die heute der Arzt in der Praxis gestellt wird, erklärt der Verfasser die sozialhygienische Ausbildung der zukünftigen Ärztegeneration für unerläßlich.

29. **Hans Vogt** (Straßburg): *„Künstlicher Pneumothorax"*, berichtet über seine gemeinsam mit F. Pielsticker gewonnenen Erfahrungen bei dem Versuche, die Pneumothoraxtherapie auch im Kindesalter zu verwerten. Die Technik des Verfahrens stößt beim Kinde auf größere Schwierigkeiten als beim Erwachsenen, doch konnte die Behandlung auch bei Kindern am Ende des ersten Lebensjahres erfolgreich durchgeführt werden. Bei Lungentuberkulose wurden sehr gute Resultate erzielt. Wegen der an sich ungünstigen Prognose der Lungentuberkulose im Kindesalter und der Neigung zur Ausbreitung im Organismus sollte die Pneumothoraxbehandlung nicht für das Endstadium der Erkrankung vorbehalten bleiben, sondern schon in früheren Stadien verwendet werden.

30. **Grosser** (Frankfurt a. M.): *„Exstirpation der Milz bei Bantischer Krankheit"*.

10jährigem Mädchen mit deutlichem Bantischen Symptomenkomplex ohne nachweisbare Lues — Anamnese und Wassermann negativ — wird die Milz exstirpiert. Der Hämoglobingehalt, der vor der Operation 20% betrug, steigt schnell auf 45%, nach 16 Wochen auf 75%, die Erythrozyten von $2^1/_2$ Millionen auf 4 beziehungsweise

5 Millionen. Nach ½ Jahre ist das Körpergewicht um 4 kg gestiegen. Vor und nach der Milzexstirpation wurden bei gleicher Ernährung Stoffwechselversuche angestellt. Der Ansatz von N, CaO und P_2O_5 hat sich durch die Operation wesentlich gehoben. Ein toxischer Eiweißzerfall bestand nicht, im Gegensatze zu Umbers Beobachtungen. Dieser Gegensatz wird dadurch erklärt, daß Umbers Fälle Lebererkrankung aufwiesen, der vorliegende jedoch frei von Erscheinungen seitens der Leber war. Der toxische Eiweißzerfall ist also ein Zeichen der Leberbeteiligung und gehört deshalb zu den sekundären Symptomen.

31. **Léon d'Astros** und **Teissonnière** (Marseille): *„Die Wassermannsche Reaktion beim Neugeborenen und Säugling"*.

Untersuchungen liegen bereits vor von Bar und Daunay, Ch. Leroux und R. Labbé, von Francioni und Menabuoni usw. Die gegenwärtigen Untersuchungen erstrecken sich auf 500 enfants assistés, von denen 321 nicht älter als 2 Wochen und weitere 109 nicht älter als 1 Monat waren. Die Wassermannsche Reaktion wurde niemals vor dem 4. Tage ausgeführt. Entgegen den Einwänden, die gegen die Untersuchung beim Neugeborenen gemacht werden, wurde nur in 8 Fällen ein Serum mit leicht antihämolytischen Eigenschaften gefunden. Positiv war die Reaktion in 4% der Fälle und fiel mehrfach deutlicher aus, wenn die Reaktion wiederholt wurde, nachdem das Kind einige Tage älter geworden war. Besonders unter solchen Umständen, unter denen die Vortragenden gearbeitet haben, wenn es sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um verlassene Kinder handelt, deren Herkunft unbekannt ist, hat die Wassermannsche Reaktion eine große praktische Bedeutung. In Fällen, in denen die Reaktion undeutlich ist, wird man gewarnt, in Fällen positiver Reaktion wird auch beim Fehlen klinischer Erscheinungen die Diagnose „Syphilis" sehr wahrscheinlich gemacht.

32. **Solon Veras** (Smyrna): *„Die Malznährmittel in der Behandlung der Enteritis bei kleinen Kindern"*.

Enteritis ist im Sommer in Symrna außerordentlich häufig. Das beste Mittel, um die Fäulnisprozesse im Darme aufzuhalten, ist Wasserdiät, doch ist diese nicht länger als 24, höchstens in Ausnahmefällen 48 Stunden fortzusetzen. Dann wird sie durch Zerebralienabkochungen (Comby) oder Gemüsebouillon nach Méry ersetzt. Zur weiteren Fortsetzung der Ernährung haben sich die mit Malz hergestellten Nahrungsmittel bewährt. Von den verschiedenen Arten der Malzsuppe hat Veras zuerst die Kellersche, dann die von Demarque und schließlich die von Terrien angewendet; daneben sind noch andere Verfahren geprüft worden. Im wesentlichen aber zieht Veras das Verfahren von Terrien vor, das er für die Praxis vereinfacht hat und nunmehr in dieser vereinfachten Form seit 7 Jahren mit gutem Erfolge anwendet. Sein Vorgehen besteht bei Enteritis in der aufeinanderfolgenden Verordnung von Wasserdiät, Gemüsebouillon, Malzsuppe ohne Milch, Malzsuppe mit Milch. Zum Schlusse werden 30 Krankengeschichten mitgeteilt, aus denen hervorgeht, daß die Anwendung der Malzpräparate zum großen Teil unter ganz anderen Indikationen erfolgt als bei uns in Deutschland.

33. **Albert Delcourt** (Brüssel): *„Die Behandlung der Pneumonien durch Sauerstoffinhalationen"*.

Zu allen Zeiten hat man Sauerstoff angewendet, um bei Lungenaffektionen die Asphyxie zu bekämpfen, aber er wurde in extremis angewendet und nur in kleiner Menge. Delcourt berichtet über reichliche und wiederholte Sauerstoffinhalationen nach dem Verfahren von Weill (Lyon). Der letztere hat im Jahre 1909 günstige Erfahrungen über die Behandlung bei Keuchhusten mitgeteilt. Weill

und Mouriquand schrieben dem Sauerstoff eine antiseptische Wirkung auf die Lungen und eine stimulierende Wirkung zu. Praktisch besonders wichtig aber waren ihre Erfahrungen, daß bei schwerem Keuchhusten auf diese Weise fast in allen Fällen bronchopneumonische Komplikationen zu verhüten sind. Gleich günstige Erfolge teilte Weill im Jahre 1910 bei der Behandlung von Bronchopneumonie mit.

Delcourt wendet seit nunmehr 4 Jahren die Sauerstoffinhalation bei Pneumonien und Bronchopeunmonien an und hält auf Grund seiner Erfahrungen diese Behandlungsmethode jeder andern überlegen. Seine Erfahrungen stammen aus der Privatpraxis, die allerdings in dieser Hinsicht mit der Spitalpraxis kaum vergleichbar ist. Im Mittel beträgt die Mortalität an Pneumonien bei Kindern unter 12 Monaten 11%, bei älteren Kindern 5%; die Bronchopneumonie dagegen ist sehr viel maligner, und um so mehr, je jünger die Kinder sind. Unter 1 Jahre starben fast alle Kinder. Die Bronchopneumonie nach Masern ergab 33% Todesfälle, die nach Keuchhusten 50%.

Bei den 24 Pneumonien trat unter dem Einflusse der Behandlung die Entfieberung am 3. Tage bei 8 Fällen, am 4. Tage bei 9 und am 5. Tage bei 5 Fällen ein, in je einem am 6. respektive 8. Tage. Die Sauerstoffinhalationen haben eine günstige Einwirkung auf die Dauer der Erkrankungen. Die 42 Kinder mit Bronchopneumonie verteilen sich auf die verschiedenen Altersstufen in folgender Weise:

Bronchopneumonie:		Die Heilung tritt ein:	
von 0 bis 1 Jahr	9	am 5. Tage	1
von 1 bis 2 Jahren . . .	15	am 6. Tage	1
von 2 bis 3 Jahren . . .	11	am 7. Tage	2
von 3 bis 4 Jahren . . .	1	am 8. Tage	6
von 4 bis 5 Jahren . . .	3	am 9. Tage	3
von 5 bis 6 Jahren . . .	2	am 10. Tage	8
von 6 bis 7 Jahren . . .	1	am 11. Tage	3
	42	am 12. Tage	8
		am 13. Tage	5
		am 14. Tage	3
		am 15. Tage . . .	1
			41 Heilungen.

Der einzige Todesfall unter diesen 42 Bronchopneumonien betraf ein Kind, welches erst am 12. Krankheitstage in Behandlung kam.

Um diese günstigen Resultate zu erhalten, darf man mit dem Sauerstoffe nicht sparen, sondern man muß große Dosen wiederholt anwenden, so daß der kleine Patient gewissermaßen in einer Sauerstoffatmosphäre lebt. Alle Viertelstunden, ja, alle 10 Minuten läßt man 5 Minuten lang Sauerstoff atmen. Die Maske wird möglichst nahe an den Mund herangebracht. Die Behandlung erfordert 4000 bis 5000 Liter Sauerstoff, manchmal noch mehr.

Diskussion: Weill (Lyon) hat in der Privatpraxis, wenn er auch nicht so glänzende Statistiken vorlegen kann wie der Vortragende, immerhin sehr günstige Erfahrungen mit der Sauerstoffinhalation gemacht: weniger im Hospital.

Barbier (Paris) schließt sich Weill bezüglich der Hospitalerfahrungen an. Er selbst zieht ein altes weitläufiges Hospital für Kinder einem modernen Hospital mit engen Räumen vor.

Hutinel (Paris) hat gleichfalls gute Resultate mit Sauerstoffinhalationen gesehen, möchte aber einen solchen Unterschied zwischen Privatpraxis und Spitalspraxis, wie die beiden Vorredner, nicht aufstellen. Man muß bei der Beurteilung der Erfolge unterscheiden: Bronchopneumonien und Streptokokken-Bronchopneumonien. Die ersteren machen mehr Lärm, aber sind doch gutartig; die letzteren sind tückischer und töten.

34. **Suarez de Mendoza** (Paris): *„Kinderschutz in Spanien"*.

Die Pädiatrie hat sich in Spanien in letzter Zeit rasch entwickelt, zum Teil dank dem Interesse der Regierung, welche an allen Landesuniversitäten einen speziellen Lehrstuhl für dieses Fach geschaffen hat. Ebenso erfreut sich der Kinderschutz der offiziellen Unterstützung und so sind eine Reihe von Anstalten entstanden, die den verschiedenen Altersstufen zugute kommen. Insbesondere bespricht der Vortragende die Entwicklung der Gouttes de lait in Spanien, die Tätigkeit des Hôpital d'Enfant Jésus und der Ligue internationale des mères de famille contre les grands fléaux.

35. **L. Concetti** (Rom): *„Über Myatonia congenita (Oppenheim)"*.

Demonstration von Mikrophotographien, welche die Läsionen des Nervensystems bei einem Kinde zeigen, das von Geburt an das klassische Bild der kongenitalen Muskelatonie zeigte und das an Bronchopneumonie starb. Zum Vergleiche werden Mikrophotographien von einem Kinde vorgelegt, welches in demselben Alter starb, ohne daß irgend welche Abnormitäten von seiten des Nervensystems vorhanden waren. Aus dem Vergleiche geht klar hervor, daß bei der Oppenheimschen Krankheit eine Entwicklungshemmung, insbesondere der großen motorischen Zellen der Vorderhörner des Rückenmarkes, besteht, deren Zahl sehr gering ist und die, soweit sie überhaupt vorhanden sind, klein und unvollkommen ausgebildet sind. Außerdem zeigt das Rückenmark keine Veränderungen; nur sind die vorderen Wurzeln ein wenig schmäler als normal. Keine Anzeichen eines progressiv entzündlichen Prozesses. Die Muskeln zeigen im Vergleiche mit normalen schlanke, blasse Fasern; auch in der Hirnrinde sind die Zellelemente kleiner und weniger entwickelt. Im Kleinhirn sind die Purkinjezellen weniger zahlreich, weniger gut ausgebildet und weniger gut färbbar.

Concetti hat in der Literatur 86 Fälle von Oppenheimscher Krankheit gesammelt, von denen bei 17 anatomische und histologische Untersuchungen des Nervensystems vorliegen: nur in 3 Fällen (Spiller, Brunard, Baudoin und Lereboullet) wurde das Nervensystem normal befunden. In einem Falle Anzeichen einer fötalen progressiven Poliomyelitis (Marburg). Die übrigen 13 zeigen sämtlich Entwicklungshemmung, Agenesie, besonders der Vorderhörner. In einigen Fällen erstreckt sich die Entwicklungshemmung über die Vorderhörner hinaus auch auf einige bulbäre Kerne, auf die Zellen der Hinterhörner, auf Gehirn und Kleinhirn. Nur von wenigen wird die Ansicht aufrecht erhalten, daß es sich um eine primäre Muskelerkrankung handelt; einige wollten ätiologisch die Veränderung der Drüsen mit innerer Sekretion verantwortlich machen. Tatsächlich zeigen viele dieser Kinder Zeichen von Hypothyreoidismus. In den Fällen von Concetti waren Thyreoidea, Thymus, Hypophyse und Nebennieren normal.

36. **Gaujoux** (Montpelier): *„Zur Behandlung der Meningokokken-Zerebrospinalmeningitis."*

Bericht über zwei Fälle der Erkrankung bei Säuglingen, bei denen eine intensive Serumbehandlung mit veritabler Waschung der Arachnoidea versucht wurde. Es wurde folgende Technik angewendet: Durch

Lumbalpunktion wurden x cm^3 Zerebrospinalflüssigkeit abgelassen und an deren Stelle x cm^3 Antimeningokokkenserum injiziert, bis sich die Fontanelle wieder spannt. Dann wird während 10 bis 20 Minuten die Nadelöffnung verschlossen, danach wiederholt sich derselbe Vorgang. Entlehnung und Injektion dieser Verdünnung der Meningealflüssigkeit durch Waschungen mit spezifischem Serum schreibt der Vortragende die Heilung zu, welche ebenso rasch wie vollständig war.

37. **Clémente Ferreia** (Sao Paulo): *„Die diagnostische Bedeutung des Sistoschen Phänomens bei hereditärer Syphilis"*.

Das kontinuierliche Schreien ist häufig ein Syndrom hereditärer Syphilis, zuweilen das einzige. Das Schreien wird durch Knochenschmerzen veranlaßt, die ihren Sitz in der Epiphysengegend und an der Knochenknorpelgrenze haben. Die Schmerzen verschwinden unter dem Einfluß spezifischer Behandlung.

38. **Lesage** (Paris): *„Über den Schädel bei Atrophie"*.

Untersuchungen gemeinsam mit Cléret. Der Schädel bei Atrophie ist hart, ohne irgend welche Spuren von Rachitis und ohne Craniotabes. Bei näherer Untersuchung zeigt sich die Knochensubstanz verändert, aber nicht rachitisch. Die Härte der Knochen ist auf eine beträchtliche Hyperplasie des Knochengewebes zurückzuführen, die sich auf alle Punkte des Schädelkapsels erstreckt; gleichzeitig besteht eine Vermehrung der Osteoblasten.

Besprechungen.

Karl Leiner. *Über eigenartige Erythemtypen und Dermatitiden des frühen Säuglingsalters.* (Franz Deuticke, Leipzig und Wien, Preis brosch. M. 3.60.)

Verf. beschreibt eingehend in klarer Darstellung die verschiedenen Formen von Hautveränderungen der Neugeborenen, soweit es sich um nicht angeborene, sondern erworbene Störungen handelt. Von solchen unterscheidet er zunächst das Erythema toxicum, das meist bei Brustkindern in der ersten Lebenszeit auftritt und von leichten Ernährungsstörungen abhängig zu sein scheint. Das Erythema glutaeale wurde zuerst eingehend von Parrot beschrieben und irrtümlich mit der Syphilis in Beziehung gebracht, wenigstens in seiner papulösen Form. Neben dem einfachen, dem vesikulösen und dem papulösen Erythema glutaeale ist als besondere Form das vakziniforme Erythem abgetrennt worden, das auf schlechte Hautpflege und Schädigung der Haut durch mechanische und chemische Reize zurückzuführen ist. Sekundär kann es zu Infektion mit Eitererregern oder auch mit Soor kommen. Auf einer Pilzinfektion beruht auch das von Beck beschriebene Erythema mycoticum. Eine Vereinigung von Erythema glutaeale mit Seborrhöe des Kopfes wurde von Moussous und Lebard als Erythème séborrhoique vom Erythema glutaeale abgetrennt. Besonders eingehend

bespricht Verf. das von ihm zuerst aufgestellte Krankheitsbild der Erythrodermia desquamativa, von der meist Brustkinder befallen werden. Von 14 Kindern, die daran litten, starben 3; die von der Erkrankung genesenen zeigten noch längere Zeit Neigung zu schweren Injektionen. Die Erkrankung wird günstig beeinflußt durch Übergang von der reinen Brustnahrung zu einem Allaitement mixte. Schließlich beschreibt Verf. einen bisher noch einzigartigen Fall von Säuglingsdermatose, nämlich eine Pyozyaneusinfektion der Haut, die sich im Anschlusse an einen paraartikulären Abszeß entwickelt hatte und durch Auflockerung der Epidermis, starke Transsudation, einen schmierigen, an Vernix caseosa erinnernden Überreiz der Haut und einen auffallenden aromatischen Geruch ausgezeichnet war. Unter antiseptischen Maßnahmen erfolgte schnelle Heilung.

H. Vogt.

W. Ament. *Die Seele des Kindes.* (Dritte Auflage.) (Franckscbe Verlagsbuchhandlung, Stuttgart, M. 1·—.)

Die kleine Schrift von Ament ist bekannt und gut eingeführt. In einer wichtigen Frage wird ein großer Teil moderner Erzieher nicht mit Ament übereinstimmen, wenn er S. 77 schreibt: „Der Zustand der Bisexualität ist ein Nachhall der Entwicklung beider Geschlechter aus einer ursprünglich gleichartigen Anlage. Die Entwicklung aus dieser gleichartigen Anlage geht nach einem einfachen Prinzip dadurch vor sich, daß im Verhältnisse zu dem sich entwickelnden Geschlecht gewisse Erscheinungen verstärkt oder geschwächt, fort- oder zurückgebildet werden. Leiblich wie seelisch. Der Knabe liebt daher übermäßige Kraftäußerungen, ist wild, mutig, mutwillig, rücksichtslos, rauflustig, ungehorsam, trotzig, das Mädchen zart, ruhig, fügsam.“ Verf. scheint zu vergessen, wieviel von dieser Entwicklung Natur, wieviel Kunstprodukt der Erziehung ist. Seine Stellung in dieser Frage geht aus seinem Standpunkte gegenüber der gemeinsamen Erziehung hervor, die er nur bedingt anerkennen will: „Sie würde gleichmachen, wo sie individualisieren soll.“

Keller.

F. Zinsser. *Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes.* (Mit 51 mehrfarbigen und 18 schwarzen Abbildungen auf 44 Tafeln.) (Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, M. 15·—.)

Die Syphilis des Mundes tritt unter vielgestaltigen Krankheitsbildern auf, die zum Teil große Ähnlichkeit mit Erkrankungen anderer Art aufweisen können. Dabei ist die Mundsyphilis nicht so häufig, daß sie einem jeden Arzt oder Zahnarzt ein geläufiges Vorkommnis bildet. Deshalb ist es verdienstlich, wenn Verf. die Diagnose dieser praktisch so wichtigen Affektion durch sein Buch erleichtern will. Die Abbildungen sind durchweg sehr gut und dürften beim Studieren oder zur Demonstration beim Unterricht wertvolle Dienste leisten. Der klar geschriebene Text erläutert kurz die Differentialdiagnose der einschlägigen Krankheitsbilder. H. Vogt.

M. Lewandowsky. *Praktische Neurologie für Ärzte.* (J. Springer, Berlin, M. 6.80, geb. M. 7.60.)

Von der Erfahrung ausgehend, daß die Neurologie vielen Ärzten als ein Spezialfach erscheint, das ihnen unzugänglich ist, hat Verf. sich bemüht, eine Darstellung zu geben, die keine Vorkenntnisse voraussetzt und doch dem Arzte so viel Wissen und Können vermittelt, als es für praktische Zwecke bedarf. Dieser Versuch ist dankenswert, weil die große Mehrzahl der Nervenkranken, wie Verf. hervorhebt, in der Behandlung des allgemeinen Arztes steht. Dem Zwecke des Buches entsprechend, sind seltenere Nervenkrankheiten und solche, die aus anderen Gründen geringes praktisches Interesse haben, nur kurz berührt, während die häufiger vorkommenden und der Behandlung zugänglichen um so ausführlicher geschildert werden. So haben z. B. die Psychoneurosen und die Psychotherapie mit Recht eine eingehendere Darstellung gefunden, als man sie in manchen umfangreicheren Lehrbüchern der Nervenheilkunde finden kann. Mir scheint, daß Verf. seine Aufgabe nicht nur glücklich gewählt, sondern auch in ausgezeichneter Weise gelöst hat.

H. Vogt.

Martin H. Fischer. *Die Nephritis. Eine experimentelle und kritische Studie ihrer Natur und Ursachen sowie der Prinzipien ihrer Behandlung.* (In deutscher Sprache herausgegeben von Hans Handovsky und Wolfgang Ostwald.) (Th. Steinkopff, Dresden, M. 5.—.)

Verf. hat das schwierige Problem der Nephritis vom Standpunkte der Kolloidchemie aus zu erforschen gesucht und berichtet in diesem Bändchen über seine Versuche und Überlegungen. Er kommt dabei zu einer einheitlichen Auffassung der Nierenerkrankungen. Einheitlich ist vor allem die Ursache. Die parenchymatöse Nephritis wie die chronisch-interstitielle sind ihrem Wesen nach gleichartig und auf dieselbe Ursache zurückzuführen, und die gleiche gemeinsame Ursache erklärt auch die Funktionsstörungen und sonstigen Symptome, die uns die Erkrankung der Nieren anzeigen. Die gemeinsame Ursache ist abnormer Säuregehalt der Nieren. Die Säuerung des Nierengewebes macht die anatomischen Veränderungen, insbesondere die trübe Schwellung; durch Säure lassen sich experimentell aus gesunden Nieren Zylinder verschiedener Art herstellen; abnorme Säuerung erklärt die Diapedese von roten Blutkörperchen aus den Nierengefäßen in den Harn und vieles andere mehr. Dementsprechend läßt sich auch durch therapeutische Verwendung von Alkali eine Besserung der Nephritis herbeiführen. Vieles erscheint einleuchtend in der Darstellung des Verfahrens, vieles fordert zur Kritik heraus; auf jeden Fall aber muß anerkannt werden, daß Verf. dem Probleme der Nephritis viele neue interessante Seiten abzugewinnen vermag und daß er auf diese Weise an der Aufklärung des dunklen Gebietes mitwirkt.

H. Vogt.

Reichs-Medizinalkalender 1913. Begründet von Paul Börner, herausgegeben von Julius Schwalbe. (Verlag von Georg Thieme in Leipzig, M. 5·—.)

Der erste Teil (Taschenbuch nebst Beiheften) ist soeben erschienen. Die fortschreitende Verbreitung, welche der Reichs-Medizinalkalender in Ärztekreisen und bei Behörden findet, ist der beste Beweis dafür, daß die Auswahl des für den Praktiker Wichtigen durchaus glücklich ist und daß die im Kalender enthaltenen Angaben zuverlässig und lückenlos sind.

Für den Kinderarzt von besonderem Interesse sind im Taschenbuche die Tabellen betreffend Dosierung von Medikamenten für Kinder, im ersten Beiheft der Artikel von Feer über Grundzüge einer Therapie der Kinderkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Ernährungsstörungen des Säuglings, ein Artikel von L. Voigt über die Technik der Impfung und im zweiten Beiheft eine tabellarische Zusammenstellung von A. Keller betreffend Einrichtungen von Anstalten zur Fürsorge fürs Kind. Keller.

M. Friedemann. *Atlas typischer Handgriffe für Krankenpflegerinnen.* (Ferdinand Enke, Stuttgart, M. 3·—.)

Es sind im ganzen 40 Abbildungen, und es ist gewiß ein guter Gedanke, den Krankenpflegerinnen typische Handgriffe in instruktiven Abbildungen vorzuführen und mit einigen Worten zu erklären. An der Ausführung habe ich auszusetzen, daß — wenigstens in dem mir vorliegenden Rezensionsexemplar — die Reproduktion der Abbildungen nicht so gut ist, wie wir sie sonst von dem Verlage gewohnt sind.

Eine Kritik der Handgriffe in einzelnen Zeichnungen der Abbildungen XXXI und XXXII, „künstliche Atmung", würde mich zu weit führen. Meiner Meinung nach könnte manche Abbildung von Handgriffen wegbleiben, die doch in jedem Falle der assistierenden Schwester vom Arzte angegeben werden. Keller.

Einladung.

Am 15. Dezember dieses Jahres um 12 Uhr findet in der Kinderklinik des Städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M. eine Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte statt. Anmeldungen von Vorträgen, Demonstrationen sind zu richten an Dr. Cahen-Brach, Frankfurt a. M., Eppsteinerstraße 45.

Inhalt.

Schelble. *Fünftes Sammelreferat über Arbeiten aus der Lehre von der Tuberkulose 425.* — **Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie. Hertz.** *Sensibilität des Magendarmkanals 455.* — **Goett.** *Assoziationsversuch 458.* — **Frisch.** *Formamintwirkung 458.* — **Ernährung und Stoffwechsel. Liepmann.** *Steigerung der Milchsekretion 458.* — **Salge.** *Mehlnährschaden 458.* — **Liefmann** und **Lindemann.** *459.* **Suñer. Royal Society of Medicine.** *Sommerdiarrhöe 460.* — **Herbst.** *Physiologie des Stoffwechsels 460.* — **Wolff.** *Kalk- und Phosphorsäurestoffwechsel 462.* — **Lust** und **Kloeman.** *Stoffwechsel bei Barlow 462.* — **Klinik der Kinderkrankheiten. Rollestone.** *Angina Vincenti 462.* — **Wadsworth.** *Pneumokokkeninfektion 463.* — **Stheeman.** *Keuchhusten 464.* — **Goetze. Tait** *464.* **Milne.** *Masern 465.* — **v. Szontagh. Jochmann.** *Scharlach 466.* — **Kleinschmidt. Moltschanoff** *467.* **Nordmann. Stokvis.** *Diphtherie 468.* — **Langer.** *Heine-Medinsche Krankheit 469.* — **Miura.** *Zerebrale Diplegie 470.* — **Kowarski.** *Amaurotische Idiotie 470.* — **Neustädter. Großmann. Neelen. Dittrich. Glogau. Mc. Cready. Fletscher. Meylan.** *Abnorme Kinder 471.* — **L. F. Meyer.** *Spasmophilie 471.* — **Schindler.** *Meningocele spuria traumatica 471.* — **Scholz.** *Osteopsathyrosis 472.* — **Preiswerk.** *Osteogenesis imperfecta 472.* — **Preusse.** *Schräge Gesichtsspalte 472.* — **Pelper.** *Leberadenom 472.* — **Peigné.** *Petits thorax 473.* — **Miller** und **Parsons.** *Renaler Infantilismus 474.* — **Melchior.** *Vorderarmsynostose 475.* — **Paunz.** *Laryngoskopie 475.* — **Berichte.** *I. Internationaler pädiatrischer Kongreß in Paris 476.* — **Besprechungen. Leiner.** *Eigenartige Erythemtypen und Dermatiden des frühen Säuglingsalters 516.* — **Ament.** *Die Seele des Kindes 517.* — **Zinsser.** *Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes 517.* — **Lewandowsky.** *Praktische Neurologie 518.* — **Fischer.** *Nephritis 518.* — *Reichs-Medizinalkalender 519.* — **Friedemann.** *Atlas typischer Handgriffe 519.* — *Einladung 519.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny	Göppert	Knöpfelmacher	Moro	Thiemich	Tobler
Straßburg	Göttingen	Wien	Heidelberg	Magdeburg	Breslau

Berend	Comba	Johannessen	Koplik	Marfan	Thomson	Wieland
Budapest	Florenz	Kristiania	New-York	Paris	Edinburg	Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XI. **Referate.** Nr. 8.

Amerikanische Literatur über Poliomyelitis. 1912. II. Semester. Sammelreferat.

1. **Aiken.** *Poliomyelitis.* (Jowa Med. Journ., Mai 1912.)
2. **Amesse.** *Infantile paralysis, prophylaxis and treatment.* (Prophylaxe und Behandlung der Kinderlähmung.) (Colorado Med., Januar 1912.)
3. **Bierring.** *Acute poliomyelitis in Iowa.* (Insterstate Med. Journ., Januar 1912.)
4. **Bullard.** *Mild anterior poliomyelitis.* (Milde Formen der Poliomyelitis.) (Boston Med. and Surg. Journ., 11. Januar 1912.)
5. **Clark.** *A clinical contribution to our knowledge of poliomyelitis with cortical involvement.* (Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Poliomyelitis mit Rindenaffizierung.) (Amer. Journ. Med. Scienc., April 1912.)
6. **Draper.** *Acute Poliomyelitis.* (New York State Journ. of Med., Juni 1912.)
7. **Draper and Peabody.** *A study of the cerebrospinal fluid in acute poliomyelitis.* (Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit bei Poliomyelitis.) (Amer. Journ. Dis. Children, März 1912.)
8. **Edgerton.** *Is acute anterior poliomyelitis or infantile paralysis infections or strictly a sporadic disease?* (Ist die Kinderlähmung infektiös oder sporadisch?) (New Orleans Med. and Surg. Journ., Mai 1912.)
9. **Flexner, Peabody and Draper.** *Epidemic poliomyelitis, 12 th note.* (12. Beitrag über Poliomyelitis.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 13. Januar 1912.)
10. **Greenwald.** *Acute poliomyelitis with unusual manifestations.* (Ungewöhnliche Phänomene bei Poliomyelitis.) (New York Med. Journ., 17. Februar 1912.)
11. **Gundrum.** *Acute poliomyelitis in California.* (Journ. Med. Amer. Assoc., 27. Januar 1912.)
12. **Heß.** *Acute poliomyelitis: clinical aspects, with special reference to rarer lesions.* (Seltenere Läsionen bei Poliomyelitis.) (Illinois Med. Journ., Mai 1912.)

13. **Hillkowitz.** *Infantile paralysis, etiology and pathology.* (Ätiologie und Pathologie der Kinderlähmung.) (Colorado Med., Januar 1912.)
14. **Hoag.** *The treatment of infantile paralysis.* (Die Behandlung der Kinderlähmung.) (New York State Journ. of Med., Juni 1912.)
15. **Hodskins.** *Anterior poliomyelitis.* (Vermont Med. Monthly, Februar 1912.)
16. **Jacobs.** *Clinical aspects and treatment of acute anterior poliomyelitis.* (Klinik und Behandlung der Poliomyelitis.) (Illinois Med. Journ., Mai 1912.)
17. **Jobling.** *Pathology of poliomyelitis.* (Illinois Med. Journ., Mai 1912.)
18. **Kennedy.** *The diagnosis of epidemic poliomyelitis in the preparalytic stage.* (Diagnose der Poliomyelitis im präparalytischen Stadium.) (New York State Journ. of Med., Juni 1912.)
19. **Lewis.** *Surgical aspects of poliomyelitis.* (Chirurgische Behandlung der Kinderlähmung.) (Illinois Med. Journ., Mai 1912.)
20. **Manning.** *Symptomatology of Infantile paralysis.* (Symptomatologie der Kinderlähmung.) (Amer. Journ. Obstetr., April 1912.)
21. **Manning.** *Prognosis of acute epidemic poliomyelitis as to life and disability.* (Prognose der Poliomyelitis in bezug auf Leben und Unfähigkeit.) (Arch. of Diagnosis, April 1912.)
22. **Manning.** *The rapidly fatal institutional form of acute poliomyelitis.* (Die rapid tödliche Form der Poliomyelitis in Anstalten.) (New York Med. Journ., 22. Juni 1912.)
23. **Neustaedter.** *Neuropathic constitution an etiologic factor in poliomyelitis.* (Neuropathische Konstitution als ätiologisches Moment bei Poliomyelitis.) (Arch. of Diagnosis, April 1912.)
24. **Peabody.** *The pathology of acute poliomyelitis.* (New York State Journ. of Med., Juni 1912.)
25. **Richardson.** *Recent contributions to infantile paralysis.* (Neuere Mitteilungen über die Kinderlähmung.) (Amer. Journ. Public Health, März 1912.)
26. **Sheffield.** *Atypical incipient poliomyelitis and its diagnostic difficulties.* (Schwierigkeiten bei der Diagnose der atypischen Poliomyelitis im Frühstadium.) (Med. Reford, 23. März 1912.)
27. **Stein.** *Epidemic poliomyelitis a clinical study of the acute stage.* (Klinische Untersuchung des akuten Stadiums der Poliomyelitis.) (Amer. Journ. Med. Scienc., April 1912.)
28. **Sophian.** *An analytic study of 20 cases of infantile paralysis.* (Analytische Studie von 20 Fällen von Kinderlähmung.) (Arch. Ped., März 1912.)
29. **Taylor.** *The surgical treatment of deformities and disabilities following poliomyelitis.* (Chirurgische Behandlung der Difformitäten und Schädigungen nach Poliomyelitis.) (New York State Journ. of Med., Juni 1912.)
30. **Thompson.** *Infantile paralysis.* (Kinderlähmung.) (Louisville Monthly Journ. of Med. and Surg., April 1912.)
31. **Townsend.** *The prevention and correction of deformities by mechanical treatment.* (Mechanische Verhütung und Behandlung der Difformitäten.) (New York State Journ. of Med., Juni 1912.)
32. **Williams.** *Poliomyelitis mistaken for neuritis.* (Poliomyelitis für Neuritis verkannt.) (Boston Med. and Surg. Journ., 11. Januar 1912.)
33. **Williams.** *Interpretation of unusual types of poliomyelitis.* (Erklärung ungewöhnlicher Typen von Poliomyelitis.) (Amer. Journ. Obstet., März 1912.)
34. **Wilson.** *Poliomyelitis.* (West Virginia Med. Journ., Mai 1912.)

Mit dem Abflauen der seit einigen Jahren bestehenden Epidemie von Poliomyelitis hat auch die Anzahl der Arbeiten etwas abgenommen. Epidemiologisch sind einige neue Momente zu verzeichnen, so das

Vorkommen in relativ warmen Gegenden. Gundrum (11) bemerkt, daß in Kalifornien im Jahre 1910 die Krankheit sich nicht auf den Sommer und Herbst beschränkte; dies ist eigentlich nicht so merkwürdig, denn um San Francisko, wo die meisten Fälle vorkamen, gibt es weder Sommer noch Winter, die Mitteltemperatur des Jänner beträgt 10°, des September 16°, man hat also einen ewigen Frühling und bloß eine nasse und trockene Jahreszeit, letztere unserem Sommer entsprechend. Auch hier folgte die Ausbreitung der Krankheit den Eisenbahnen, und zwar sprungweise, also scheinbar von Reisenden getragen.

Ätiologie.

Ätiologisch ist wenig Neues zu verzeichnen, denn die neuropathische Theorie, wenigstens als beitragendes Moment, von Neustaedter (23), können wir bisher als bloße Vermutung betrachten. In bezug auf den Übertragungsmodus wissen wir eigentlich noch nichts, insofern als er den Menschen betrifft; das Auftreten in kleinen Herden bleibt unerklärlich; von der Insektentheorie wird relativ wenig gehört, da wissenschaftliche Beweise noch immer fehlen.

Pathologie.

Interessant ist die Mitteilung über die Körperflüssigkeiten von Draper und Peabody (7). Die Zerebrospinalflüssigkeit zeigt anfangs Polymorphozytose bis 90% und niedrigen Globulingehalt; innerhalb 14 Tagen wird die Zellenzahl normal und der Globulingehalt gesteigert und diese Steigerung kann bis 2 Monate andauern; die Flüssigkeit reduziert die Fehlingsche Lösung. Spezifisch sind diese Befunde nicht, sie können aber im präparalytischen Stadium und in Abortivfällen die Diagnose erleichtern. In bezug auf das Blut finden Verff. konstante polynukleäre Leukozytose bis 30.000. Sophian (28) meint, daß die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit bei der Differentialdiagnose von tuberkulöser Meningitis sehr wertvoll sei, aber daß der Blutbefund wenig charakteristisch ist. Flexner, Peabody und Draper (9) weisen auf viszerale Änderungen hin, speziell lokale Nekrosen der Leber und Lymphadenitis, letztere in Zusammenhang mit der Polymorphozytose des Blutes. Abweichende Krankheitstypen werden vielfach gewürdigt, so der bulbäre Typus von Greenwald (10), die fulminante Form von Manning (22), die selteneren Erscheinungen im allgemeinen von Heß (12) und Williams (33).

Diagnose.

In bezug auf die Frühdiagnose ist wenig Fortschritt zu verzeichnen; neben den erwähnten Flüssigkeitsuntersuchungen sprechen die Autoren nur von der großen Schwierigkeit der Krankheitsfeststellung. In dieser Richtung liefert Stein (27) besonders interessantes und gut ausgearbeitetes Material; auch die Mitteilungen von Kennedy (18) und Sheffield (26) sind lesenswert, wenngleich sie zumeist

die Vieldeutigkeit der Antrittssymptome betonen. Ein charakteristisches Frühphänomen ist unser gegenwärtiges Hauptbedürfnis.

Speziell zu bemerken ist die Möglichkeit einer Verwechslung mit Neuritis, die von Williams (32) betont wird; doch dürfte dies bloß bei fieberfreien oder spät zur Beobachtung kommenden Fällen zu berücksichtigen sein.

Prognose.

Manning (21) bespricht die Prognose im allgemeinen und speziell die eventuelle Prognose in bezug auf permanente Schädigung. Clark (5) weist auf die eventuelle Ausbildung von Epilepsie bei kortikalen Fällen hin und meint, daß dieser Ausgang in Betracht gezogen werden soll.

Therapie.

In bezug auf Prophylaxe ist bloß zu verzeichnen, daß die verschiedenen Städte- und Staatsbehörden die Poliomyelitis auf gleiche Stufe mit einer Reihe von anderen Infektionskrankheiten, wie Typhus und Tuberkulose, gestellt haben, ohne die strengen Maßregeln, wie bei Scharlach und Diphtherie, einzuschärfen. Bei der bestehenden Ungewißheit über den eigentlichen Infektionsmodus wäre dieser Standpunkt wohl genügend; bisher hat die Ausbreitung respektive das Abfallen der verschiedenen Epidemieherde keinerlei Beziehung zu irgend welchen hygienischen Maßregeln nachweisen lassen. In bezug auf medikamentöse Behandlung liegt die Sache noch so schlimm wie vorher, das Anpreisen der verschiedensten Medikamente hat fast ganz nachgelassen. Um so eingehender ist die chirurgische Behandlung der Lähmungen studiert worden, namentlich von Taylor (29) und Lewis (19). Speziell auf die Mechanotherapie geht Townsend (31) ein, namentlich mit Rücksicht auf Frühbehandlung zur Vermeidung von Difformitäten.

Wachenheim (New York).

Klinik der Kinderkrankheiten.

Franz M. Groedel. *Die physikalische Behandlung der Erkrankungen des Zirkulationsapparates.* (Ergebn. d. inneren Med. u. Kinderheilk., Bd. IX, S. 174.)

Eine Übersicht über die thermo-, hydro-, balneo-, elektro-, mechano- und pneumotherapeutischen Faktoren mit Kritik und Analyse ihrer Wirkungsweise auf Grund der feinen Empirie des Nauheimer Arztes, zwar nur die Verhältnisse beim Erwachsenen berücksichtigend, aber auch für den Pädiater anregend, der ja hier einem insbesondere für das frühe Kindesalter nahezu unerschlossenen Gebiete gegenübersteht.

Freund (Breslau).

Bokay (Budapest). *Über die infantile Lithiasis in Ungarn.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 365.)

Der Aufsatz behandelt ein Thema, das den meisten Kinderklinikern recht fernliegt, wenn nicht gar ganz unbekannt ist, nämlich die Steinkrankheit bei Kindern. Zu den wenigen Ländern, in denen sie beobachtet wird, gehört Ungarn. Der Verf. hat nicht weniger als 1836 Fälle sammeln können, 667 davon entstammen allein dem Stephaniespitale in Budapest.

Nach ihrer geographischen Verbreitung kömmt die kindliche Lithiasis hauptsächlich im Tieflande der Donau- und Theißgegend vor, während sie im gebirgigen Oberland und in Siebenbürgen seltener beobachtet wird. Befallen werden hauptsächlich Kinder im Alter von 2 bis 7 Jahren, speziell das 3. und 4. Lebensjahr wird bevorzugt. Der früheste Fall wurde im 3. Lebensmonate beobachtet. Der Sitz der Steinbildung war vornehmlich die Blase (1319), seltener die Harnröhre (508) und nur 9mal das Nierenbecken. Bezüglich der Ätiologie geht die Auffassung im allgemeinen dahin, daß die Steinbildung mit dem Infarkt der Neugeborenen in Zusammenhang stehe. Daß das aber nicht in allen Fällen zutrifft, beweisen nach Ansicht des Verf. die Fälle, die erst im späten Alter zur Beobachtung kommen, z. B. nach dem 9. Lebensjahre. Befallen werden hauptsächlich Knaben. Unter der Gesamtzahl der Fälle befanden sich nur 72 Mädchen, d. h. nur 4%. Ein gewisser Einfluß ist vielleicht der Erschwerung der Harnentleerung durch Phimose und Verlötung des Präputiums mit der Glans zuzuschreiben, wenigstens werden Harnsteine bei jüdischen Knaben sehr selten beobachtet. Im allgemeinen ist die Ätiologie jedoch noch vollkommen dunkel. Birk (Kiel).

E. Paulsen. *Cholelithiasis beim Säugling.* (Inaug.-Dissert., Kiel, 1912.)

$^1/_2$jähriger Säugling ging an Ernährungsstörung zugrunde. Bei der Sektion fanden sich in der Gallenblase zwei dunkelgrüne körnige Konkremente von zirka 4 mm Durchmesser. Ein dritter gleicher war im Ductus cysticus eingeklemmt.

Einer der Gallensteine wurde chemisch untersucht ((Prof. Hoppe-Seyler): Er wog 6 mg, davon entfielen 2 mg auf Cholesterin, der Rest bestand aus Kalk oder Gallenfarbstoff, Bilirubin und dessen Derivaten. Birk (Kiel).

J. Rosenfeld und **M. Schrutka von Rechtenstamm.** *Chronische Albuminurien nach überstandener Scharlachnephritis.* (A. d. Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, H. 4, S. 265.)

Die Verff. untersuchten 93 Kinder, die in früheren Jahren auf der Wiener Klinderklinik wegen Scharlachnephritis gelegen hatten. Bei 52 davon hatte die Albuminurie noch bei der Entlassung bestanden.

Bei der Nachprüfung wies keines der Kinder irgend welche schwerere chronische Nephritis auf. 10 der Kinder — 8 Mädchen,

2 Knaben — zeigten eine spontane Albuminurie. 28, d. h. 30%, hatten Albumin im Urin, nachdem sie in lordotischer Stellung 10 Minuten lang gekniet hatten. Von diesen 28 Fällen hatten 17 das Spital mit Albumen im Urin verlassen. Auch die oben genannten 10 Fälle mit spontaner Albuminurie reagierten auf die Jehlesche Probe positiv, 8 von ihnen hatten nach dem Knien einen besonders gesteigerten Eiweißgehalt des Urins. Nach dem großen Prozentsatz, bei dem sich eine lordotische Albuminurie feststellen ließ, scheint den Autoren die Annahme nahezuliegen, daß die Scharlachnephritis in der Ätiologie der lordotischen Albuminurie eine Rolle spielt.

Ein Zusammenhang zwischen der Zahl der Jahre, die seit der Skarlatina verflossen waren, und dem Eiweißbefund im Urin war nicht nachweisbar; ebensowenig zeigte die Komplikation mit urämischen Erscheinungen im akuten Stadium der Scharlachnephritis einen Einfluß auf die Fortdauer der Albuminurie. Birk (Kiel).

G. Nobl. *Zur Pathologie vakzinogener Ausschläge.* (A. d. Abt. f. Hautkrankh. u. Syph. d. Wiener allg. Poliklinik.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. X, S. 427.)

Aus dem Inhalte vorliegender Arbeit entnehmen wir, daß die Impfpusteln von Kindern mit florider Syphilis keine Syphilisspirochäten führen, daß demnach auch die Impfsyphilis nicht durch Keimübertragung aus den Vakzineinsertionen resultieren kann.

Wenn es zur Generalisation der Vakzine kommt, so erfolgt sie in zwei Formen: Einmal handelt es sich um exanthematisch ausgestreute mikropapulöse Erytheme in reichlich halonierten Simultanschüben, die vorzüglich die Extremitäten, den Stamm und das Gesicht befallen. Die zweite Form der generalisierten Vakzine ist ein Exanthem, das klinisch wie anatomisch alle Kennzeichen der Kuhpocke aufweist. Birk (Kiel).

Triboulet, Ribadeau-Dumas et **Debré.** *Sclerème adipeux en plaques.* (Bull. de la soc. de péd., Paris, 1912, S. 199.)

Bei einem 5 Wochen alten Kinde traten wenige Tage nach der Geburt symmetrisch gelegene derbe Plaques auf, die zum Teil im Zentrum die Tendenz zur Erweichung und spontanen Entleerung zeigten. Die histologische Untersuchung der skleremartigen Plaques ergab eine Anhäufung eosinophiler Zellen, die sich auch im Blute fand. Eine Ursache der Erkrankung konnte nicht ermittelt werden. Das Kind schien sich (bei der Demonstration) auf dem Wege der Besserung zu befinden. R. Weigert (Breslau).

E. Geiser (Bern). *Beitrag zum Skleroedema neonatorum.* (Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1912, Bd. XXXV, S. 76.)

Sieben eigene Beobachtungen von Skleroedema, die im Laufe weniger Wochen zur Beobachtung kamen. In allen Fällen handelte es sich um schwachgeborene Kinder, zum Teil mit angeborenen

Anomalien. Eines der Kinder hatte eine Albuminurie, 3 Mütter hatten eine Schwangerschaftsnephritis, eine Mutter ein Myxödem. Eines der Neugeborenen bekam eine manifeste Tetanie, die unter Verabreichung von Calcium chloratum (3 mal täglich 0·1) zur Abheilung kam. Alle diese Erkrankungen der Mütter und der Kinder können vielleicht für die Entstehung des Skleroedems verantwortlich gemacht werden. Therapeutisch steht an der Spitze die Erhaltung der normalen Körpertemperatur und sorgsamste Pflege. Außerdem empfiehlt Verf. die häufige Verfütterung kleinster Frauenmilchmengen und die Verabreichung von Exzitantien (Koffein) und Alkohol (Kognak!).

R. Weigert (Breslau).

Epstein (Prag). *Das Ohrringstechen und seine Gefahren, insbesondere die tuberkulöse Ansteckung der Stichöffnungen.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 372.)

Unter den mannigfachen Komplikationen des Ohrringstechens findet sich auch die Tuberkulose. Allerdings sind die meisten Fälle nicht ganz einwandsfrei, da sie erst Jahre nach dem Ohrringstechen in Beobachtung kamen. Hier teilt nun der Verf. 2 Fälle mit, in denen die Erkrankung im frühesten Säuglingsalter einsetzte, und zwar unmittelbar im Anschlusse an das Durchstechen der Ohrläppchen. Die Stichkanäle bildeten den primären Herd der Tuberkulose.

Birk (Kiel).

C. Hochsinger. *Was ist Skrofulose?* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 293.)

Die Antwort lautet: „Es ist ein Krankheitsbild, welches sich aus chronisch verlaufenden, torpid entzündlichen Haut-, Schleimhaut- und Drüsenaffektionen zusammensetzt, wobei die befallenen Individuen den sogenannten Habitus tuberculosus zeigen und auf probatorische Tuberkulininjektionen in der Regel positiv reagieren. Fast niemals fehlen Pedikulosis und Bindehautphlyktänen."

Und späterhin definiert der Autor das Krankheitsbild noch genauer als einen Zustand, welcher „ungefähr identisch ist mit dem früher als Facies scrophulosa bezeichneten Krankheitsbild, in vielen Fällen ein Vorstadium der Oberflächentuberkulose darstellt und sich aus einer Reihe von chronisch entzündlichen Haut-, Schleimhaut- und Drüsenveränderungen bei Kindern mit tuberkulöser Allergie zusammensetzt. Die entzündlichen Veränderungen sind der Ausdruck einer abnorm heftigen Reaktion ihrer durch frühzeitige tuberkulöse Infektion und hygienische Verwahrlosung widerstandslos gemachten Gewebe auf verschiedenartige pathologische Reize. Die unter dem Einflusse schwerer hygienischer Mißstände immerhin zunehmende Widerstandslosigkeit der Gewebe kann weiter zu einem anergischen Stadium führen, in welchem eine Weiterverbreitung der Tuberkelbazillen im Organismus erfolgt. Diese werden dann mit besonderer Vorliebe dort Krankheitsprodukte erzeugen, wo mechanische,

chemische und thermische Reize hauptsächlich einwirken, und solche machen sich besonders häufig auf externen, oberflächlich gelegenen Geweben des kindlichen Organismus geltend. Daraus resultieren die Beziehungen zwischen dem einfach skrofulösen Krankheitsbilde und der wirklichen Oberflächentuberkulose des kindlichen Alters, welche dezennienlang zu einem Begriffe verschmolzen waren, heute aber klinisch voneinander getrennt werden müssen. Skrofulose ist eine Art Paratuberkulosis praecox früh infizierter Kinder. Der Name „Skrofulose" soll für dieses spezifisch infantile Krankheitsbild reserviert bleiben." —

Bisher erblickten wir den größten Fortschritt hinsichtlich der Lehre des früher „Skrofulose" genannten Symptomenkomplexes in der reinlichen Scheidung der tuberkulösen Erscheinungen von den konstitutionellen, — ein Fortschritt, der bekanntlich erst dadurch ermöglicht wurde, daß man sich entschloß, nicht nur den Begriff, sondern auch den Namen „Skrofulose" über Bord zu werfen. Wenn der Verf. nun von neuem versucht, aus der gelegentlichen Kombination von Tuberkulose und exsudativer Diathese ein einziges Krankheitsbild zu konstruieren und es wieder „Skrofulose" zu nennen, so kann man darin keinen weiteren Fortschritt erblicken, sondern nur einen höchst bedenklichen Rückschritt, der geeignet ist, von neuem Unklarheit und Verwirrung zu stiften. Birk (Kiel).

Schuberg und **Kuhn.** (Kais. Ges.-Amt, Berlin.) *Über die Übertragung von Krankheiten durch einheimische stechende Insekten.* (Arb. a. d. kais. Ges.-Amt, Bd. XL, S. 209, 1912.)

Auf Meerschweinchen gelang es in einer Reihe von Versuchen Milzbrand durch Fliegen (Stomoxys calcitrans), die am infizierten Tier oder an infizierten Organen gesogen hatten, zu übertragen. Da Fliegen oft weit bis zu $1^1/_2$ km von ihrem früheren Aufenthaltsort in kurzer Zeit, besonders durch Wind, Fuhrwerke usw. verschleppt werden, glauben die Autoren durch ihre Versuche sporadisch auftretende Krankheitsfälle erklären zu können.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Schellack. (Kais. Ges.-Amt) *Über die perkutane Infektion mit Spiroch. des russischen Rückfallfiebers, der Hühnerspiroch. und der Kaninchen-Syphilis.* (Arb. a. d. kais. Ges.-Amt, 1912, Bd. XL, S. 78.)

Aus der umfangreichen Arbeit des Verf. gehen folgende praktisch wichtige Tatsachen hervor: Rekurrenzspirochäten dringen innerhalb von 3 Minuten nach Aufträufeln von infiziertem Blute auf die unverletzte Haut in dieselbe ein und bewirken Infektion des Organismus. Die Infektion kommt zustande durch die nur mikroskopisch nachweisbaren Epitheldefekte, die normalerweise stets vorhanden sind.

Eine perkutane Infektion mit Syphilisspirochäten war an verschiedenen Körperstellen nicht zu erzielen, sie gelang aber durch Einträufeln des Spirochätenmaterials in die Konjunktiva des Auges.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

A. Goldreich. *Zur klinischen Diagnostik der latenten Lues hereditaria (mit besonderer Berücksichtigung der Kubitaldrüsen).* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 406.)

Zu den Stigmata der hereditären Lues im Latenzstadium gehören Kopfschmerzen, die nachts an Intensität gewinnen, ferner Anomalien der Schädelform (Hydrozephalus, Caput natiforme, sogenannte olympische Stirne), Sattelnase, Flachheit der Oberkiefer, Narben sowie Vergrößerungen der Kubitaldrüsen. An der Spezifität der letzteren hält der Verf. fest, obgleich von anderer Seite ihre Bedeutung in Abrede gestellt worden ist. Er fand sie bei Säuglingen mit rezenter Lues in 90% der Fälle, bei latenter Lues in 83%, bei älteren Kindern mit latenter Lues in 79%.

Die Hutchinsonsche Trias war selbst unter diesem großen Materiale, das dem Verf. zur Verfügung stand, bei keinem der Kinder in vollkommener Weise ausgebildet.

Die Wassermannsche Reaktion war nur in 67% der Fälle positiv, was etwa dem bei akquirierter Lues der Erwachsenen gefundenen Prozentsatz entspricht. Über ihren Wert urteilt der Verf. gleichwohl, daß sie für die Diagnose der latenten kongenitalen Lues von unschätzbarem Werte sei. Birk (Kiel).

Steffano Rebaudi (München). *Die Aortitis bei kongenital-syphilitischen Kindern.* (Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1912, Bd. XXXV, S. 681.)

Histologische Untersuchung des Arteriensystems von 17 kongenital-syphilitischen Säuglingen. Verf. fand bei diesen Kindern pathologisch-anatomische Veränderungen, die auf die luetische Infektion zu beziehen sind. Die Verletzungen bestehen in der Mehrzahl der Fälle in einer mehr oder weniger vorgeschrittenen Vasculitis der Vasa vasorum mit frischer Zellinfiltration der Nachbargewebe der Adventitia und Media und in selteneren Fällen in einer Infiltration mit frischer vaskulär-bindegewebiger Neubildung besonders der Intima, in der sie einen ausgesprochen wuchernden Charakter annimmt. Die Aortensyphilis der Föten und Neugeborenen kann folglich in den meisten Fällen als Mesaortitis in ihrem Infiltrationsstadium auftreten, die sehr jener von Heller bei konstitutioneller Syphilis der Erwachsenen gleicht, viel seltener als Panaortitis mit Endaortitis vegetans in ihrem frischen Stadium vaskulär-bindegewebiger Neubildung. Bei Mesaortitis sind Spirochäten meist vorhanden, in den übrigen Fällen, in denen Spirochäten nicht nachweisbar waren (oder wenigstens nicht aufgefunden werden konnten), müssen doch Luesgifte als Erreger der Aortenerkrankung angesehen werden. Man muß also eine syphilitische und eine toxische syphilitische Mesaortitis unterscheiden. Die Panaortitis mit vorzugsweise wuchernden Endaortitiserkrankungen ist stets durch das Vorhandensein zahlreicher und stark virulenter Spirochäten bedingt, die dann auch in den übrigen Geweben des fötalen Organismus in großer Menge zu finden sind. R. Weigert (Breslau).

E. Walter (Greifswald). *Die Verwendung der Färbemethoden, im besondern der Körnchenfärbung, zum kulturellen Nachweis der Diphtheriebazillen.* (Zentralbl. f. Bakt., I, Orig., Bd. LXIV, S. 136.) (Festschr. f. F. Loeffler.)

Auf Grund seiner zahlreichen Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Mittels der Doppelfärbungsmethoden kann auch von geübten Beobachtern kein Unterschied gefunden werden zwischen Diphtheriebazillen und nicht zur Diphtherie gehörenden Stäbchen, die in vollkommen gleicher Weise die typischen Polkörperchen zeigen. Die zwischen beiden Formen vorhandenen geringen morphologischen Unterschiede werden erst deutlich bei Anwendung des Löfflerschen Methylenblaus.

2. Die bakteriologische Diagnose der Diphtherie kann daher lediglich auf Grund des färberischen Verhaltens der betreffenden Keime nur dann mit Sicherheit gestellt werden, wenn zur Beurteilung mindestens zwei Präparate herangezogen und miteinander verglichen werden. Das eine dieser Präparate soll mit Löfflers alkalischem Methylenblau, das andere nach einem der üblichen Verfahren zur Doppelfärbung des Bazillenleibes und der Polkörperchen hergestellt sein.

3. Sofern auch nach Anwendung dieser beiden Färbemethoden eine sichere Entscheidung nicht möglich ist, ist eine Untersuchung der verdächtigen Kolonien im hängenden Tropfen vorzunehmen, da ein Teil dieser diphtherieähnlichen Stäbchen Eigenbewegung besitzt.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Schurupoff (Kronstadt). *Über die Vitalitätsdauer des Pestbazillus in Leichen an der Pest Verstorbener.* (Zentralbl. f. Bakt., I, Orig., Bd. LXV, S. 262.)

Verf. fand in Pestleichen bis zu einem Jahre nach dem Tode virulente Pestbazillen. Da diese aus begrabenen Leichen wieder an die Oberfläche kommen können, verlangt Verf., daß unter allen Umständen jede Pestleiche verbrannt wird. Bezüglich der weiteren Resultate sei auf das Original verwiesen.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

G. Jochmann. *Über Immunotherapie beim Scharlach.* (Veröffentl. a. d. Gebiete d. Med.-Verwalt., Bd. I, H. 2, Verlag von Richard Schoetz, Berlin, 1912.)

Einleitend gibt der Autor einen Rückblick auf die mannigfachen Versuche, den Scharlach immunotherapeutisch zu beeinflussen. Er berichtet sodann über eigene Versuche, die sich in drei verschiedenen Richtungen bewegten und

1. in einer Behandlung mit Streptokokkenvakzin in Anlehnung an die von Wright eingeführte Vakzintherapie;

2. in einer Behandlung mit Antistreptokokkenserum;

3. in der kombinierten Serum- und Vakzintherapie bestanden.

Bei der ersten Form der Behandlung wurde ein Vakzin injiziert, das aus verschiedenen, aus dem Blute Scharlachkranker gezüchteten Streptokokkenstämmen hergestellt war. Behandelt wurden auf diese Art und Weise 130 Kranke. Der Erfolg war negativ.

Bei der Serumbehandlung wurde ein solches benutzt, welches von Pferden beziehungsweise Maultieren stammte, die mit Scharlachstreptokokken immunisiert worden waren. Die Dosen betrugen in der Regel 50 cm^3 subkutan, mehrfach wiederholt. Einzelne Fälle wurden intravenös gespritzt.

In den meisten Fällen wurde die Serumbehandlung mit der Vakzinetherapie kombiniert — von der Erwägung ausgehend, daß das Serum wohl antitoxisch wirken könne, daß es aber auf den infektiösen Prozeß als solchen, auf die Streptokokkentätigkeit, nicht einzuwirken vermöge.

Über den Wert der beiden letzten Behandlungsmethoden spricht sich der Verf. nicht klar aus, der Leser gewinnt den Eindruck, daß sie ebenso erfolglos gewesen sind wie die ersten.

Birk (Kiel).

E. Popper. *Prophylaxe der Poliomyelitis acuta und die Behandlung ihrer Folgezustände.* (Zentralbl. f. d. Grenzgebiete d. Med. u. Chir., Bd. XV, H. 3.)

Kritisches Sammelreferat, das insbesondere auch die Ergebnisse der Experimentalforschung und die auf ihr begründeten Aussichten einer spezifischen Prophylaxe und Therapie behandelt.

Freund (Breslau).

W. P. Shukowsky und **Ssinjoff.** *Über polyzystische Degeneration der Nieren namentlich im Kindesalter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, H. 1—3.)

Ausführliche Beschreibung eines Falles von Zystenniere bei einem Neugeborenen nebst eingehenden Erörterungen über die Ätiologie und Pathogenese des Leidens, bei der allem Anscheine nach die kongenitale Syphilis eine hervorragende Rolle spielt.

Freund (Breslau).

Paul Heinrichsdorff. *Über die Beziehungen zwischen Phimose und Nierenerkrankungen.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXIV, S. 383.)

Bericht über vier außerordentlich schwere Erkrankungen beider Nieren, Ureteren und der Blase bei älteren Knaben. Es handelt sich um hochgradige Hydronephrosen, die zum Exitus der Kinder führten. Die anatomische Untersuchung ergab, daß die Erkrankung auf bestehende oder früher bestanden habende Phimosen zu beziehen

war. Es handelte sich jedoch in diesen Fällen nicht um die sogenannte „physiologische" angeborene Phimose, sondern um eine pathologische, traumatisch entzündliche (balano-posthitische) Phimose. Dieser ist also bei dem Forschen nach der Ätiologie schwerer Nierenprozesse die Aufmerksamkeit zuzuwenden. Dabei ist jedoch zu bemerken, daß bisher nach der Operation der Phimose bei diesen Krankheitsprozessen stets eine Verschlechterung (auch der baldige Exitus) eintrat. Verf. führte dies auf die Verwendung von Narkoticis bei der Operation zurück, weil die fortgeschrittenen Veränderungen der Nieren, insbesondere des sekretorischen Parenchyms die Narkose nicht mehr zulassen; die Operation wird also ohne allgemeine Narkose auszuführen sein. R. Weigert (Breslau).

F. Brandenburg. *Die Hernia epigastrica im Kindesalter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 1—3.)

Diese gar nicht seltene Hernie verursacht häufig krisenartige Schmerzanfälle im Unterleibe im direkten Anschlusse an die Mahlzeiten, besonders nach dem Frühstücke. Nicht nur ein echter Bruch, sondern auch präperitoneale Fettklümpchen können das Symptom durch Zug am anhaftenden Peritoneum hervorrufen. Zur Behandlung der Hernie empfiehlt B. das Anlegen einer Gummipelotte, die mit Heftpflaster gehalten wird. Wenn das erfolglos sei und speziell bei paraumbilikalen Hernien kommt die Radikaloperation oder eine Paraffininjektion in Frage. Die Dauererfolge der letzteren lauten nach den vorliegenden, etwas divergierenden Statistiken aber nicht gerade befriedigend. Thorspecken (Badenweiler).

Savariaud. *Traitement de la hernie chez le nourrisson.* (Bull. de la soc. de péd., Paris, 1912, p. 195.)

S. hält die Operation der Leistenhernie schon im Säuglingsalter, zumindest vom 6. Lebensmonate ab, für die Methode der Wahl. Er empfiehlt folgendes Vorgehen: Hautschnitt von 2 cm (bei sehr großen Hernien von höchstens 3 bis 4 cm), Auseinanderdrängen des subkutanen Gewebes, Herausluxieren des Hodens, Isolieren des Bruchsackes und Resektion des letzteren so hoch wie möglich. Im Gegensatze zu anderen französischen Autoren (Lorthioir) schickt er der Resektion eine Ligatur voraus. Die Wunde wird mit Klammern geschlossen, die nach 24 Stunden abgenommen werden dürfen. Ein Verband wird nicht angelegt. Rezidive sind sehr selten. (Hierbei wird allerdings vom Verf. nicht berücksichtigt, daß auch mit Bandagen behandelte Leistenhernien im Säuglingsalter nicht selten dauernd heilen und überdies Inkarzerationen der Leistenhernie beim Säugling trotz großer Verbreitung des Leidens Raritäten sind. Ref.)

R. Weigert (Breslau).

Berichte.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Bericht, erstattet von **L. F. Meyer.**

Sitzung vom 29. Februar 1912.

A. Baginsky: *„Zur Infektionsdauer des Scharlachs".*

Die Ausführungen knüpfen an einen interessanten englischen Prozeß, in dem ein Arzt von dem Vater eines scharlachkranken Kindes zivilrechtlich belangt wurde, weil das Kind nach seiner Rückkehr ins Elternhaus nach 6 wöchigem Krankenhausaufenthalt den Vater mit Scharlach infiziert hatte.

Wie schwierig die Frage nach der Beendigung der Übertragungsfähigkeit des Scharlachs zu entscheiden ist, ging auch aus den Verhandlungen jenes Prozesses hervor, in dem die Sachverständigenurteile so widersprechend waren, daß nach dem Grundsatze in dubio pro reo der Freispruch des Arztes erfolgte.

In dem von dem Vortragenden geleiteten Berliner Kinderkrankenhause wurden in den letzten Jahren 45 Fälle von sogenannten return cases beobachtet, obwohl im allgemeinen kein Kind vor 42 Tagen Krankenhausaufenthalt entlassen wurde. Dabei waren bei der Entlassung dieser Kinder im Gros der Fälle weder Schuppung der Haut noch Nephritis noch irgend welche anderen Anomalien nachzuweisen. Man weiß wohl, wann der Scharlach anfängt, aber nicht, wann er aufhört; jedenfalls genügt die Klausur von 6 Wochen nicht, um eine Übertragungsfähigkeit unmöglich zu machen. Es ist auch kaum zu sagen, wie lange man die Kinder im Krankenhause zurückhalten soll, weil man nicht weiß, wo sich das Kontagium findet.

Die Inkubationszeit, die der Vortragende ebenfalls studiert hat, liegt im allgemeinen nicht höher als zumeist 3, 5, höchstens 7 Tage. Ausnahmen, bei denen eine längere Inkubationszeit beobachtet wird, kommen indessen vor.

Als interessante Beobachtung sei die Tatsache hervorgehoben, daß besonders Hautverbrennungen eine merkwürdige Beziehung zum Scharlachkontagium haben, denn von 12 Fällen von Scharlacherkrankungen im Krankenhause betrafen allein 6 Kinder, die an Verbrühungen litten. Bezüglich des Scharlachkontagiums faßt der Vortragende seine Meinung dahin zusammen, daß der häufige Befund von Streptokokken bei Scharlach dafür spräche, daß der Scharlacherreger in Symbiose mit den Streptokokken lebe.

Diskussion: Philipp führt eine Beobachtungsreihe an, die für eine lange Tenazität des Scharlacherregers und für einen Zusammenhang zwischen Scharlach und Streptokokkeninfektion spricht.

Nacheinander erkrankten in einer Familie 2 Kinder an Scharlach. 8 Wochen nach der letzten Erkrankung Wohnungsdesinfektion; 6 Wochen später Erkrankung der Portiersfrau an Gesichtserysipel und diphtherieähnlicher Angina. Wenige Tage nach der Entlassung der Frau aus dem Krankenhause Scharlacherkrankung des Kindes und des Mannes, dieses an Nephritis haemorrhagica, jenes an Scharlach.

Eckert hat beobachtet, daß durch interkurrente Infektionen die Inkubationszeit des Scharlachs hinausgeschoben wird, und fragt an, ob dadurch vielleicht die lange Inkubationszeit, wie sie Baginsky erwähnte, erklärt werden könnte. Er stellt ferner die Frage, ob durch desinfizierende Bäder die Gefahr einer Übertragung durch sonst gesunde Scharlachrekonvaleszenten verringert werde.

Herbst bestätigt nach seiner Erfahrung das Vorkommen von Scharlachübertragungen selbst nach 6 wöchiger Klausur. Er hat ferner beobachtet, daß Scharlacherkrankungen auf bestimmten Stationen immer wieder vorkommen. Haftet, so fragt er den Vortragenden,

das Kontagium hier an den gesunden oder irgendwie kranken Kindern, oder haftet es an der Station selbst?

Heubner bestätigt die Beobachtung der sogenannten return cases. Es scheint so, als ob bisweilen die Zeit von 42 Tagen als Maximalinfektionsdauer noch überschritten wird. Zweifellos ruft die überwiegende Mehrzahl der Fälle, die nach der üblichen Zeit aus dem Krankenhause entlassen werden, keine Heimkehrfälle hervor. Es fragt sich aber für den einzelnen Fall: Wann soll man in der Praxis die Infektiosität als beendet ansehen? Die sichere Beurteilung dieser Frage ist deshalb unmöglich, weil das Virus im Gegensatze zur Diphtherie nicht bekannt ist und man den Genesenden auf seine Virusträgerschaft hin nicht untersuchen kann. Erwünscht und interessant wäre eine Sammelforschung unter allen Ärzten über die Heimkehrfälle zu veranstalten.

Baginsky (Schlußwort): Ergänzende Erwähnung zweier weiterer Fälle von Scharlachübertragung lange Zeit nach der Erkrankung bei günstigsten hygienischen Verhältnissen.

Ob man durch Bäder die Infektionsgefahr beseitigen kann, ist nicht zu sagen. Selbstverständlich wurden alle Entlassenen gebadet und die Kleider sorgfältigst desinfiziert.

Entsprechend den Beobachtungen von Herbst war es besonders ein Krankenzimmer — die Diphtheriestation — die von Scharlachinfektionen heimgesucht wurde und wird. Isolieren, Desinfizieren, alles ist vergeblich gewesen. Jedenfalls gibt es Beziehungen zwischen Scharlach und Diphtherie, die wir heute noch nicht kennen und die vielleicht ähnlich sind, wie die zwischen den Verbrühungsfällen und Scharlach.

Zur Kenntnis der hereditären Syphilis.

a) **Oskar Rosenberg**: *„Ikterische Lebererkrankungen"*.

Der Ikterus bei der hereditären Syphilis ist als ein seltenes Vorkommnis zu betrachten; er fehlt in der Regel bei der gewöhnlichen Form der Lebersyphilis des Säuglings, bei der die Veränderung der Leber in einer inter- und intraazinären Zirrhose besteht. Ebenso wie beim Erwachsenen kommen jedoch auch beim Säuglinge gummöse Erkrankungen vor, aber sie sind ungleich seltener wie bei der akquirierten Lues. Die bekannteste gummöse Lebererkrankung des Fötus ist die von Schüppel zuerst beschriebene Peripylephlebitis gummosa. Es wird ein anatomisches Präparat einer großen tumorartigen Gummibildung an der Leberpforte demonstriert. Es rührte von einem Kinde her, das wenige Tage nach der Geburt an einem schweren Ikterus und anderen syphilitischen Erscheinungen zugrunde ging. Im histologischen Bild fand sich außer den typischen gummösen Veränderungen hochgradige endarteritische und periarteritische Entzündung.

Schwerer Ikterus wurde ferner in drei Fällen beobachtet, bei denen in Analogie zum Frühstadium der erworbenen Lues der Ikterus in die Periode der ersten Haut- und Schleimhauteruption fiel. Einmal wurde wegen eines gleichzeitig bestehenden gummösen Infiltrats der Bauchmuskulatur eine Cholangitis gummosa vermutet, eine antisyphilitische Kur brachte prompt alle Erscheinungen zum Verschwinden.

In einem andern Falle starb das Kind an seiner Syphilis; bei der Sektion fand sich eine schwere parenchymatöse Degeneration der Leberzellen mit trüber Schwellung und Kernzerfall. In einem dritten Falle bestand eine interstitielle Hepatitis.

Außer diesen spezifisch syphilitischen ikterischen Erkrankungen wird über zwei Fälle berichtet, in denen sich ebenfalls während der Periode der ersten Haut- und Schleimhauteruption gleichzeitig mit einer Bronchopneumonie und einer Pneumokokkenmeningitis ein schwerer Ikterus einstellte. In beiden Fällen bestanden sonst keine Zeichen einer allgemeinen Sepsis. Der Ikterus wird hier durch eine Mischinfektion (Infektion + Intoxikation) erklärt.

b) Herr **Hahn**: „*Nierensyphilis*".

In der Niere des heriditär-syphilitischen Kindes finden sich nur in 6% der Fälle Gummen. Meist handelt es sich vielmehr um entzündliche Nierenerkrankungen, und zwar vorwiegend im Sinne der interstitiellen Nephritis. Seltener findet sich eine spezifische parenchymatöse Nephritis, die aber nur diagnostiziert werden darf, wenn die Nephritis gleichzeitig mit anderen luetischen Symptomen auftritt und jede andere Ätiologie (Infektion) oder merkurielle Intoxikation ausgeschaltet werden kann. Beweisend ist der Erfolg oder Mißerfolg einer antisyphilitischen Kur.

In sehr seltenen Fällen kann es zu akuter hämorrhagischer Nephritis kommen; von dieser Form waren bisher nur zwei, höchstens drei ganz einwandfreie Fälle bekannt. Hahn berichtet über drei solcher Fälle aus der Finkelsteinschen Anstalt. Bei zwei Fällen war jede andere Ätiologie mit Sicherheit auszuschließen. Es handelte sich um Kinder im Alter von 7 beziehungsweise 10 Tagen, die gleichzeitig mit Schnupfen, Exanthem, Leber- und Milzschwellung an hämorrhagischer Nephritis mit Ödemen erkrankten. Die Sektion ergab bei beiden in den Nieren neben Vergrößerung des Organs schwere Parenchymerkrankung, Blutungen in den Glomerulis und Harnkanälchen, kleinzellige Infiltration der Gefäßwände und des interstitiellen Gewebes.

Der dritte Fall betrifft ein zwei Monate altes Kind. Die hömorrhagische Nephritis ist nicht ganz einwandfrei, da eine Sublimatinjektion vorherging; das gleichzeitige Auftreten der Nephritis mit einer großen Zahl anderer luetischer Symptome spricht jedoch in Verbindung mit dem Umstande, daß die Dosis die übliche Norm nicht überschritt, auch in diesem Falle dafür, daß es sich um eine spezifische Erkrankung gehandelt hat.

Die spezifische hämorrhagische Nephritis scheint stets mehr junge Kinder zu betreffen. Das Alter der bisher beobachteten Fälle schwankt lediglich zwischen 7 Tagen und 3 Monaten; die Hälfte der Fälle entfällt auf die zweite Lebenswoche. Es entspricht dies der Tatsache, daß die schwersten erbsyphilitischen Veränderungen gegen Ende des Fötallebens oder im frühesten Säuglingsalter angetroffen werden.

Diskussion: Cassel. Unter 31 Fällen von Lues hereditaria hatte er 6 mal Albuminurie gefunden, darunter keinen Fall von hämorrhagischer Nephritis, wie sie Finkelstein beschrieben hat. Allerdings waren die Kinder, die zur Beobachtung standen, alle über 2 Wochen alt. In klinischer Beziehung ist das Interesse an dieser luetischen Nephritis nicht groß, nur wenn man darauf achtet, findet man sie. Weder Ödeme noch urämische Erscheinungen sind ihre Folgen; es wäre aber ein großer Irrtum, anzunehmen, daß die Nieren von Erbsyphilitischen gesund seien. Alle Nieren, die von Cassel bei Erbsyphilitischen untersucht wurden, sind krank gewesen.

Bei Föten findet man ebenfalls durch Lues hervorgerufene charakteristische Veränderungen, und zwar entweder kleinzellige Proliferationen, die von der Adventitia der Arteriae interlobulares ausgehen, oder Dystrophien, die die ganze Entwicklung der Niere hemmen; namentlich letztere sind interessant, weil hier nur durch die Untersuchung der Niere die Diagnose auf Syphilis einwandfrei gestellt werden kann.

Eine Anfrage Baginskys, ob die Casselschen Präparate auf Spirochäten untersucht worden sind, beantwortet Cassel mit nein; Spirochäten waren damals noch nicht entdeckt.

Heubner bezweifelt, daß die Kombination von hämorrhagischer und interstitieller Nephritis, wie sie hier vorliegt, charakteristisch für eine syphilitische Ätiologie sei. Nach seiner Meinung würde nur der Nachweis endarteritischer Prozesse oder der Befund von Spirochäten für die Spezifität zu verwerten sein.

Hahn bedauert, daß es ihm nicht gelungen ist, Spirochäten in der Niere und im Urin zu finden.

Cassel betont, daß es sehr leicht zu einer hämorrhagischen Nephritis bei Lues kommen kann, wie die anatomischen Befunde der von ihm beobachteten Fälle lehren. Fast stets wurden im Mark der Niere, besonders in der subkortikalen Zone, die Kapillaren strotzend von roten Blutkörperchen gefunden. Von dieser starken Hyperämie bis zur Rhexis und Diapediesis sowie zur blutigen Ausscheidung von Harn scheint ihm nur ein kleiner Schritt.

Heubner hält daran fest, daß eine spezifische syphilitische Nephritis durch das beschriebene anatomische Bild nicht bewiesen ist.

Sitzung am 29. März 1912.

A. **Baginsky**: *a*) *„Der Neubau des innern Pavillons des Kinderkrankenhauses“.*

An den ausgestellten Plänen werden die neuen Einrichtungen der innern Abteilung und der Säuglingsabteilung des Kinderkrankenhauses erörtert. Führung durch die Abteilung.

b) *„Zur Behandlung der rheumatischen Komplikationen“.*

1. Vorstellung eines $10^1/_2$ jährigen Knaben, der — jetzt geheilt — gegen Ende des Monats Januar unter den schwersten Erscheinungen einer mit Jaktationen verbundener Chorea eingeliefert worden war, der sich alsbald paralytische Symptome zugesellten: Verlust der spontanen Beweglichkeit der Extremitäten, Unfähigkeit des Aufrechtsitzens und der Kopfhaltung, Verlust des Sprachvermögens, mühevolle Nahrungsaufnahme, kurz, das Bild der sogenannten Chorea paralytica. Am Herzen große Erregbarkeit, nur ein leises systolisches Geräusch, kein Fieber.

Behandlung: Anfangs Veronal, später Arsen und abwechselnd damit auch Aspirin, daneben suggestive Beeinflussung durch Zureden und Aufmunterung zur Beherrschung der Muskulatur. Vollkommener Heilerfolg. Dieser Verlauf, der auch in zwei anderen Fällen bereits im Baginsky schen Lehrbuch ähnlich beschrieben wurde, spricht für eine Kombination von Chorea und Hysterie. Die suggestive Behandlung ist dabei von sehr großem Wert.

2. Schwere Komplikationen des akuten Gelenkrheumatismus bilden die als Polyserositis zusammengefaßten entzündlichen Affektionen des Perikards und der Pleura, zumeist auch noch in Kombination mit Endokarditis und linksseitiger Pneumonie. Die Komplikationen führen zu den denkbar schwersten Krankheitsbildern mit Dyspnoe, drohender Suffokation durch Lungenödem, hohem erschöpfendem Fieber. Die Behandlung mit Eis, Salizylsäure, daneben mit sedativen Mitteln erweist sich oft wochenlang als machtlos, auch die von englischer Seite empfohlenen lokalen Blutentziehungen sind nutzlos ebenso wie die Vesikantien, welche gern von französischen Ärzten empfohlen werden. Baginsky hat seit Jahren Gebrauch gemacht von der innerlichen Anwendung von Kalium jodatum und kann dieselbe aufs wärmste empfehlen. Der Jodkaligebrauch erweist sich zumeist nicht sofort, aber nach etwa 2 bis 3 Tagen als außerordentlich günstig, indem mit langsamem, allmählichem Absinken der Temperatur auch Dyspnoe und Schmerzhaftigkeit nachlassen und die Kranken in einen relativen Zustand von Euphorie kommen. Später nehmen dann auch die physikalischen Zeichen der entzündlichen Erkrankungen ab, und es erfolgt selbst nach sehr schweren Affektionen Heilung. Erläuterung dieser Behandlung an vorgelegten Krankengeschichten. Auch die Pneumonie der Kinder ist bei besonders schwerer Erkrankung in vorteilhaftester Weise mit Jodkali beeinflußt worden.

c) *„Demonstration eines Falles von Myxödem"*.

8 Jahre altes Kind, Mutter an Wassersucht verstorben, keine Lues. Aufgenommen mit den schwersten Erscheinungen des sporadischen Kretinismus. Körperlänge 72, Kopfumfang 48, Brustumfang 49, Leibumfang 53 cm. Rauhe, meist abschilfernde Haut; sparsames, trockenes, weiches Haar; ausdruckslose Augen, eingesunkener Nasenrücken. Makroglossie mit herausragender Zunge. Völlig kariöse Zähne, dicker, aufgetriebener Leib, auffallend große Hände; erbärmliche Muskulatur, Fehlen der Thyreoidea, kaum Andeutung geistiger Entwicklung, weder Verständnis noch Teilnahme für die Umgebung.

Unter der Behandlung von anfänglich 2, später 3 Thyreoidintabletten überraschendes Wachstum des geistigen Vermögens, das sich in Teilnahme an der Umgebung, Verständnis für Spielzeug, Willensäußerungen kundgibt.

Die Ossifikation (Röntgenbild) wird durch die Behandlung nicht gebessert. Im übrigen ist aber die Besserung des Gesamtbefindens markant.

Ob die Affektion ausschließlich auf einen Defekt der Thyreoidea zurückzuführen ist, bleibt fraglich, es hat vielmehr den Anschein, als ob bei der Erzeugung des kretinischen Symptomkomplexes die drei Gebilde Hypophysis, Thyreoidea und Testikel beteiligt sind, daher auch der Einschlag von Akromegalie, wie er sich an dem Patienten an den auffallend großen Händen zeigt.

Diskussion: Eckert berichtet über einen Fall von Chorea mit Hysterie, der ein halbes Jahr lang bestand. Die Corneliussche Nervendruckmassage, die als sehr schmerzhaft empfunden wurde, beseitigte die hysterischen Bewegungen in kurzer Zeit. Bei akuten Choreafällen war eine Wirkung nicht zu konstatieren.

Sitzung am 11. März 1912.

Adolf Loewy und **Paul Sommerfeld**: *„Untersuchungen an einem Falle von kindlichem Myxödem"*.

Vollständige Stoffwechseluntersuchungen bei Myxödem jüngerer Kinder sind bisher nicht bekannt. Bei dem von Langstein und Hougardy publizierten Falle ist nur der Stickstoffumsatz und der Mineralstoffwechsel berücksichtigt, nicht aber der respiratorische Gaswechsel. Die Untersuchungen wurden angestellt an dem von Baginsky gezeigten 7jährigen Kinde, das nach Gewicht und Länge einem etwa 1jährigen entspricht. Nach den Untersuchungen von Magnus-Levy ist es charakteristisch für das Myxödem, daß der Energieumsatz von der Norm erheblich abweicht. Bei den Fällen dieses Autors, die allerdings am Ausgange des Kindesalters stehen, war der Gaswechsel auf 48 bis 60% der Norm herabgesetzt.

Die Bestimmung des Gesamtumsatzes wurde nach der Zuntz-Geppertschen Methode ausgeführt, und zwar in zwei Perioden: in einer, die nicht durch Thyreoideazufuhr beeinflußt war, und in einer zweiten nach 5 Wochen währender Behandlung mit Schilddrüsensubstanz.

Die Versuche ergaben folgende Werte:

pro Minute: O_2-Verbrauch	77·17
CO_2-Bildung	62·19
Respiratorischer Quotient	0·806

Daraus berechnen sich:

O_2-Verbrauch pro 24 Stunden	111·13 l
O_2-Verbrauch pro 24 Stunden und Quadratmeter Oberfläche	211·7 l
Kalorienverbrauch pro 24 Stunden und Quadratmeter Oberfläche	1001·6 l
Kalorienverbrauch pro 24 Stunden und Kilo Körpergewicht	61·31

Vergleicht man diese Werte mit denen eines gesunden gleich schweren Kindes, so ergibt sich eine Abweichung von nur 5%, eine Differenz, die in den Grenzen der individuellen Schwankung liegt. Die Werte der 2. Periode waren im Mittel folgende:

Sauerstoffverbrauch pro 24 Stunden	151·94 l
Sauerstoffverbrauch pro 24 Stunden und Quadratmeter . . .	289·9 l
Kalorienverbrauch pro 24 Stunden und Quadratmeter . . .	1396·4 l
Kalorienverbrauch pro 24 Stunden und Kilo Körpergewicht	79·69 l

Die Zahlen bedeuten also eine Zunahme von zirka 20% gegenüber den früheren Werten und zeigen die typische Reaktion auf die Zufuhr von Schilddrüsensubstanz.

Was den Stickstoffumsatz betrifft, so ist bekannt, daß Myxödematöse einen sehr niedrigen Stickstoffumsatz haben, daß sie mit geringen Mengen von Stickstoff in Stickstoffgleichgewicht zu bringen sind und bei steigender Zufuhr leicht Stickstoff ansetzen. Beim Kinde, d. h. beim wachsenden Organismus liegen die Verhältnisse etwas kompliziert, da schon beim gesunden Individuum der Wachstumstrieb zu einem individuell wechselnden Stickstoffansatz führt.

In der 1. und 3. Periode wurde eine fast genau gleiche, den Bedarf deckende eiweißreiche Nahrung, in der mittleren eine praktisch eiweißfreie gegeben. Letztere bestand aus Mondamin, Butter, Zucker, Apfelsinensaft und Wasser. In der 1. und 3. Periode betrug die Stickstoffzufuhr 8 g pro die, der Energiegehalt der Gesamtnahrung 109 Kalorien pro Körperkilo. In der eiweißarmen Periode wurden nur 0·24 g Stickstoff pro die zugeführt. In der Vorperiode wurden 5·6 g = 69% Stickstoff der Zufuhr retiniert. In der eiweißfreien Periode wurde Stickstoff abgegeben, aber auffallend wenig, nämlich nur 1·1 g pro die beziehungsweise 4·4 g in der ganzen Periode. Um so erheblicher war die Eiweißretention in der 3. Periode; sie betrug nämlich 81% der Zufuhr.

Ein gesundes Kind vom gleichen Körpergewicht retinierte bei ungefähr gleicher Ernährung nur 30% der Nahrungszufuhr. Weitere Untersuchungen müssen zeigen, inwieweit es sich hier um ein für das Myxödem charakteristisches Verhalten handelt, beziehungsweise wie weit die Individualität des Versuchskindes mitspricht.

Daß Zufuhr von Schilddrüsensubstanz häufig Glykosurie zur Folge hat, ist bekannt. Das Kind zeigte eine sehr labile Kohlehydrattoleranz; es kam bei ihm zur Zuckerausscheidung, aber auch außerhalb der Perioden der Schilddrüsenbehandlung. Die Glykosurie konnte eigentlich nicht als eine alimentäre bezeichnet werden, denn sie ging nicht parallel mit der Größe der Kohlehydratzufuhr. Die höchstbeobachtete Ausscheidung betrug $2^1/_2$ g pro die.

Das Blut zeigte bis auf eine geringe Vermehrung der Leukozyten ein normales Verhalten (5,860.000 rote, 14.300 weiße Blutkörperchen).

Autoreferat.

2. **Mühlfelder:** „*Vergiftungen mit Stramonium und Morphium*".

1. $1^3/_4$ Jahre altes an der Brust einer seit 11 Jahren Morphiummißbrauch treibenden Mutter liegendes Kind lebt nach Aufnahme von 0·3 g Morphium noch 50 Stunden, unter vorübergehender Besserung des komatösen Zustandes. Relative Giftfestigkeit wahrscheinlich hervorgerufen durch Gewöhnung an das Gift infolge der Aufnahme mit der Muttermilch.

2. 7 Jahre alter Knabe erkrankt plötzlich; zeigt Ataxie der Extremitäten und Sprache, maximal weite reaktionslose Pupillen, hat lebhafte Sinnestäuschungen auf dem Gebiete des Gesichts und Gehörs; zunächst ängstliche Stimmung, dann gewalttätige Erregung und Angst; wird nach zirka 30 Stunden klar, zeigt auch somatisch keinerlei Krankheitszeichen mehr. Ursache: Aufnahme von Datura Stramoniumsamen beim Spielen.

Diskussion: Auf eine Anfrage Finkelsteins über das Gedeihen des Kindes, solange es an der Brust der morphiumsüchtigen Mutter getrunken hatte, antwortet Mühlfelder, daß das Gedeihen gut war.

Finkelstein erörtert die Bedeutung der guten Entwicklung an der Brust einer morphiumsüchtigen Mutter. Dies ist interessant und wichtig, weil nach der Angabe vieler Autoren die Notwendigkeit einer Morphiumverabreichung bei der Mutter die Indikation zum Abstillen gibt.

Tugendreich berichtet demgegenüber über einen Fall, bei der eine Morphiumspritze, die der Mutter gegeben wurde, genügte, um bei dem Kinde typische, und zwar äußerst schwere Erscheinungen der Morphiumvergiftung auszulösen.

Baginsky macht darauf aufmerksam, daß der Alkohol zu den Giften gehört, die mit Sicherheit auf das gestillte Kind einwirken. So wurden von ihm des öfteren Konvulsionen bei Kindern beobachtet, die an der Brust von Alkoholikerinnen tranken.

4. **Philippsborn:** *„Ovarialsarkom"*.

Bei einem 4jährigen Mädchen bestand seit einiger Zeit Ausfluß; allmählich stellte sich eine Auftreibung des Leibes ein. Dazu traten zwei Tage vor der Aufnahme Fieber, Erbrechen und starke Leibschmerzen. Bei der Aufnahme fand sich sehr starke Auftreibung und Spannung des Abdomens, um die Nabelgegend etwa kindskopfgroßer Tumor fühlbar. Bei der Operation zerplatzte der Tumor. Bald nachher Exitus. Der Tumor ging vom rechten Ovarium aus und erwies sich mikroskopisch als Spindelzellensarkom.

In der Diskussion weist Baginsky darauf hin, daß der plötzliche Beginn für den Eintritt einer komplizierenden Blutung spricht.

Sitzung am 13. Mai 1912.

Joachimsthal: *„Der derzeitige Stand der Frage der Behandlung angeborener Hüftverrenkungen"*.

Nachdem die Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung innerhalb der beiden letzten Jahrzehnte zu einem erfreulichen Abschlusse gelangt ist, gibt Vortragender an der Hand zahlreicher Demonstrationen einen Überblick über diejenigen Maßnahmen, die zurzeit als die herrschenden und wohl auch für die Zukunft maßgebenden zu betrachten sind.

Die Erkenntnis, daß die Therapie der angeborenen Hüftverrenkung um so wirksamer durchgeführt werden kann, je früher die Patienten in Behandlung kommen, hat dazu Veranlassung gegeben, die diagnostischen Merkmale weiter auszugestalten. In dieser Beziehung legt Joachimsthal ganz besonderen Wert auf ein von ihm angegebenes Symptom, mit dem es selbst innerhalb des ersten Lebensjahres regelmäßig gelingt, die Anomalie zu erkennen. Bringt man bei einseitiger Luxation beide Oberschenkel in rechtwinklige Flexion und daneben in möglichst gleichmäßige Abduktionsstellung, so gewahrt man einen charakteristischen Unterschied in der Achsenrichtung beider Oberschenkel. Während auf der normalen Seite, entsprechend der zentralen Einstellung des Kopfes, der Oberschenkel die Richtung zum Azetabulum einschlägt, somit die innere Umrandung des Oberschenkels eine gleichmäßig geschwungene Linie darstellt, sehen wir auf der erkrankten Seite, und zwar nicht nur bei der ausgeprägten Luxatio iliaca, sondern auch bereits bei der Vorstufe derselben, der Luxatio supra-cotyloidea, die Verlagerung des zentralen Oberschenkelendes nach hinten und oben sich durch eine entsprechende Richtungsänderung des ganzen Oberschenkels ausprägen und in einer deutlichen Einsattelung des obersten Teils der inneren Oberschenkelfläche kennzeichnen — ein Unterschied,

der durch das kulissenartige Vorspringen der auf der kranken Seite abgehobenen Adduktoren noch deutlicher wird und den man bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit auch bei doppelseitigen Verrenkungen feststellen kann.

Die Behandlung wird, falls die Patienten sich noch in einem entsprechenden Alter befinden, im wesentlichen mit Hilfe der unblutigen Reposition durchgeführt. Für die wenigen Fälle, in denen heutzutage noch das blutige Verfahren am Platze ist, hat eine von Ludloff angegebene Schnittführung in der Richtung der Adduktoren Vorzüge (Demonstration eines so behandelten Kindes). Als untere Grenze für den Beginn der gewöhnlich in Frage kommenden unblutigen Behandlung wird meist das Ende des zweiten Lebensjahres angenommen. Joachimsthal ist es gelungen, bei einer Anzahl von Kindern, die er vorführt, bereits innerhalb der ersten 6 Monate eine Luxation festzustellen und die erfolgreiche Behandlung in verhältnismäßig kurzer Zeit zum Abschlusse zu bringen. Eine solche frühzeitige Kur erfordert allerdings eine besondere Verbandtechnik. Als obere Grenze soll man bei einseitigen Luxationen in der Regel das 10., bei doppelseitigen das 6. bis 7. Lebensjahr nicht überschreiten. So vermeidet man nicht allein üble Zufälle, wie Frakturen, Lähmungen und dergleichen mehr, sondern auch die nach Einrenkung älterer Fälle häufig zurückbleibenden hartnäckigen Steifigkeiten in Flexions- und Abduktionsstellungen der Hüfte, die häufig späterhin anderweitige Eingriffe, wie die Osteotomia subtrochanterica, erforderlich machen.

Die Retention nach der Einrenkung des luxierten Kopfes erreicht Joachimsthal in der Regel durch einen in rechtwinkliger Flexions- und Abduktionsstellung angelegten Becken- und Oberschenkel umschließenden Gipsverband, in dem die Kinder mit einer entsprechenden Sohlenerhöhung umhergehen, welcher in der Regel 3 Monate liegen bleibt und auf den nur bei Kranken mit starker Torsion im Bereiche des Oberschenkels ein zweiter in Einwärtsrollung angelegter Gipsverband folgt. Leider sind die verschiedenen zur Bekämpfung der die Luxation gelegentlich begleitenden Torsion des Oberschenkels angegebenen Verfahren gegen diese Komplikation bisher noch nicht als absolut sicher zu bezeichnen. Da die Torsion im Bereiche des Oberschenkels bei Patienten mit angeborener Hüftverrenkung mit den Jahren zuzunehmen pflegt, ist in einem möglichst frühzeitigen Beginn der Behandlung auch für sie das beste Mittel zu suchen. Vielfach muß man sich bei Sagittalstellung des oberen Femurendes mit Transpositionen des Kopfes begnügen und auf eine zentrale Einstellung desselben verzichten.

Handelt es sich um anatomische Repositionen, so ist nach Abnahme des Gipsverbandes jede weitere mechanische Behandlung überflüssig, ja vielfach schädlich. Durch eigene Muskeltätigkeit schaffen sich in einfachster Weise die Kinder selbst wieder ihre normale Beweglichkeit, während bei passiven Versuchen der Mobilisierung die Gefahr der Reluxation besteht. Nur bei Kindern, welche sich der oberen Altersgrenze nähern, sowie für ganz früh behandelte Kinder bleibt die Steifigkeit der affizierten Hüfte verhältnismäßig lange bestehen. Für ältere Patienten ist der Grund in der nicht konformen Gestaltung der Gelenkflächen zu suchen. Für die innerhalb der ersten Lebensmonate behandelten Kinder glaubt Joachimsthal in der noch geringen Kraft der Muskeln den Grund für die Schwierigkeit der Wiederherstellung der normalen Gelenkfunktion zu suchen. Offenbar gehört eine durch den Gehakt genügend gekräftigte Muskulatur dazu, um aktiv die selbst in einer ganz kurzen Fixationsperiode eingetretene Verkürzung der Bänder so weit zu dehnen, wie es zu einer Mobilisierung notwendig ist, und diese kräftige Muskulatur fehlt offenbar noch in einer so frühen Lebensperiode.

Die methodische Nachuntersuchung der von Joachimsthal behandelten Patienten, speziell mit Hilfe des Röntgenverfahrens, hat

den unzweideutigen Beweis dafür erbracht, daß sich allmählich unter dem Einflusse der Funktion auch an den knöchernen Gelenkskonstituentien Umwandlungen vollziehen, die eine vollkommene Wiederherstellung nicht allein der deformen Gelenkpfanne, sondern auch des oberen Oberschenkelendes erweisen. Im Gegensatze dazu ist neuerdings für eine Anzahl von Fällen — auch unter Joachimsthals Material — der Nachweis erbracht worden, daß Jahre nach der gelungenen Reposition die ursprünglich normal gestalteten Gelenkenden sich deformieren können. Glücklicherweise enthüllen sich diese Störungen fast nur bei der Betrachtung der Röntgenbilder, während die funktionellen Resultate auch in diesen Fällen meist als tadellose zu betrachten sind. Gerade durch die Demonstration einer größeren Zahl von Patienten, unter denen sich nicht wenige befinden, bei denen die Behandlung zum Teil länger als 12 Jahre zurückliegt, zeigt Joachimsthal, ein wie dankbares Gebiet der Medizin die Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung darstellt.] Autoreferat.

Joachimsthal: *„Heilungsvorgänge bei Osteogenesis imperfecta".*

Joachimsthal demonstriert ein 6 Monate altes Kind, das mit den Erscheinungen der periostalen Dysplasie kurze Zeit nach der Geburt zur Beobachtung kam und bei normalen Epiphysenbildungen im Bereiche der Diaphysen fast sämtlicher Röhrenknochen Frakturen sowie starke Verbiegungen aufwies. Die Schädelknochen waren papierdünn, derart, daß auf Röntgenbildern des Kopfes die einzelnen Hirnwindungen deutlich erkennbar wurden. Während die vorliegende Anomalie sonst meist nur bei lebensunfähigen Individuen zur Beobachtung gekommen ist, gelang es unter Anwendung einer Phosphorbehandlung, das Kind am Leben zu erhalten und eine Ausheilung der Frakturen sowie eine teilweise Rückbildung der Verbiegungen zu erzielen.

Peltesohn: *„Zur orthopädisch-chirurgischen Behandlung der Lähmungen".*

a) Vortragender gibt zunächst einen Überblick über den Standpunkt, der in der Berliner Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie bei der Behandlung der Lähmungen nach Poliomyelitis acuta eingenommen wird. Im akuten Stadium und bei gehunfähigen Kindern des Reparationsstadiums bewährten sich gut Gipsbett und Gipslade, letztere besonders zur Verhütung der paralytischen Hüftluxationen. Im Reparationsstadium kann man häufig die Regeneration von gelähmten Muskeln durch Aufhebung ihrer Überdehnung unterstützen, wobei Tenotomien der Antagonisten sich bei Anlegung redressierender Gipsverbände erübrigen. — Im Stadium der irreparablen Lähmung sind in erster Linie eventuelle Deformitäten und Kontrakturen durch Redressement, Teno- und Fasziotomien zu beseitigen. Erst dann wird die Frage akut, ob die Funktion durch Apparatotherapie oder durch Operation gebessert werden muß. In manchen Fällen ist die Funktion trotz ausgedehnter Lähmung so gut, daß keine dieser Maßnahmen nötig ist; die Mehrzahl der Gelähmten bedarf aber weiterer Behandlung. Die orthopädischen Apparate sind niemals dauernd schädlich; ihre Anwendung ist daher stets erlaubt. Von Operationen kommen die Sehnentransplantationen, die Arthrodesen, die Nerventransplantationen in Betracht. Mit letzteren hat Vortragender bisher bei schlaffen chronischen Lähmungen keine Erfolge erzielt. Die Sehnentransplantationen sind meist nur bei Ausfall einer Muskelgruppe indiziert; hier wirken sie funktionsherstellend (Quadrizepslähmung) und verhüten Deformitätsrezidive (Klump- und Plattfuß). Selbst bei Vorhandensein nur eines Muskels kann man durch Sehnenanastomose Deformitätsrezidive verhüten. Mit der Arthrodese soll man zurückhaltend sein: erlaubt ist sie meist nur, wenn nur ein Gelenk schlottrig ist. Sind alle Gelenke einer Extremität schlottrig, dann soll

man aus funktionellen Gründen niemals zwei große Gelenke, bei Kindern niemals zwei benachbarte Gelenke versteifen. Gegen die bei Kindern ausgeführte Arthrodesierung sämtlicher Gelenke bei totaler Beinlähmung erhebt Peltesohn schwere Bedenken. Die Arthrodese des Schultergelenks und des Kniegelenks gibt gute funktionelle Resultate. — Zur Illustration des Gesagten demonstriert Peltesohn Apparate und zahlreiche Patienten, die er meist selbst operiert hat. Autoreferat.

b) **Peltesohn** demonstriert 3 Kinder mit *spastischen Hemi- und Diplegien*, bei welchen er die Schwächung der motorischen Nerven nach Stoffel ausgeführt hat. In 2 Fällen hat er die Schwächung des N. tibialis, einmal die Durchschneidung des N. obturatorius, in einem Falle die Schwächung des N. ischiadicus wegen Knieflexionskontraktur ausgeführt. Besteht bereits nutritive Verkürzung der spastisch kontrahierten Muskelgruppe, dann ist die Stoffelsche Operation als zwecklos kontraindiziert.

c) Demonstration eines Patienten mit *spastischer Lähmung des linken Beines* nach Stichverletzung des Rückenmarks im 5. Lebensjahr. Myotomie der Adduktoren, Tenotomie der Knieflexoren und der Achillessehne führte unter gleichzeitiger Anwendung eines Schienenhülsenapparates zu einem guten funktionellen Resultat.

Bei orthopädisch kranken Kindern können die nötigen Extremitätenoperationen fast stets ambulant durchgeführt werden. Nur große Operationen erheischen stationäre Behandlung; aus materiellen Gründen ist der Klinikaufenthalt möglichst abzukürzen, fast stets genügen 1 bis 2 Wochen. Die Nachbehandlung geschieht ambulant.

Blank und **Bibergeil**: *„Nervenstörungen und Halsrippe"*.

Vorstellung eines 17jährigen jungen Mädchens mit doppelseitiger Halsrippe, das wegen Schwäche der rechten Hand die kgl. Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie aufsucht. Die Untersuchung ergibt eine Ulnarisparese, hervorgerufen durch Kompression des aus dem 8. Zervikal- und 1. Dorsalsegment hervorgehenden Astes des Plexus brachialis. Die operative Freilegung der Costa spuria bestätigt die Annahme. Der komprimierte Nervenast wird von seinem Drucke befreit. Nach der Operation stellt sich eine Plexuslähmung ein, die jetzt, 3 Monate nach der Operation, bis auf geringe Reste verschwunden ist.

Bibergeil: *„Zur Ätiologie des Hohlfußes"*.

Vorstellung eines 12 ½ Jahre alten Knaben, der seit 1 ½ Jahren eine Gangstörung des linken Beines aufweist. Die Untersuchung ergibt einen Klauenhohlfuß linkerseits, hervorgerufen durch eine Spina bifida occulta. Vortragender geht auf die Beziehungen von Defektbildungen des Rückenmarks (Myelodysplasie) und der Wirbelsäule (Spina bifida) zu angeborenen und in der Kindheit entstandenen Hohlfußbildungen ein. Er erwähnt die Befunde von Jones, Maaß und Katzenstein und führt aus, daß man in Fällen von idiopathischem Hohlfuß die Causa morbi in einer Leitungsunterbrechung im Bereiche des Pilum terminale zu suchen habe, deren Beseitigung durch operative Freilegung der Spina bifida in Frage kommen könnte. Autoreferat.

Sitzung am 3. Juni 1912.

Alexander: *„Zur Ozaena-Sammelforschung"*.

Nach einer kurzen Schilderung der Ziele, welche die Ozaena-Sammelforschung verfolgt, fordert Alexander die Kinderärzte zur Mitarbeit an der Frage des Zeitpunktes und der Art des Ozaenabeginnes auf.

Es sollen untersucht werden:

I. Alle Säuglinge mit Nasenfluß, und zwar:

a) auf Lues (Wassermannsche Reaktion);

b) auf Nasengonorrhöe (bakteriologische Untersuchung des Nasensekretes und eventuelle Sicherung der Diagnose durch Untersuchung des mütterlichen Scheidensekretes);

c) besonders eingehende klinische und bakteriologische Untersuchung derjenigen mit Nasenausfluß behafteten Kinder, die nach Ausschluß der Nasenlues und Nasengonorrhöe sich eventuell noch vorfinden sollten.

II. Alle Säuglinge, welche aus den durch die Sammelforschung ermittelten Ozaenafamilien stammen.

III. Alle noch nicht völlig entwickelten Kinder dieser Familien, gleichgültig, ob sie ozaenaverdächtig sind oder nicht.

Ad II und III ist der genaue Nasenbefund zu notieren und durch Vermittlung der Säuglingsärzte, Kinderärzte und Schulärzte Jahre hindurch zu verfolgen.

Des weiteren sollen in allen Anstalten, welche kranke Kinder beherbergen, die ihrem sicheren Ende entgegengehenden Kinder ante mortem auf Ozaena untersucht werden zwecks Erlangung eines einwandfreien Sektionsmaterials. (Besonderes Sektionsschema!)

Die Nasenuntersuchungen sollen ausnahmslos von Rhinologen ausgeführt werden. Alle anderen Untersuchungen können — auf Wunsch — an der Hand des der Sammelforschung zugrunde gelegten Fragebogens von den Kinderärzten selbst vorgenommen werden. Alle serologischen und bakteriologischen Untersuchungen werden von den staatlichen und städtischen Untersuchungsämtern kostenlos angestellt.

Wer sich nicht selbst an den Arbeiten beteiligen will, kann sein Material der Ozaena-Sprechstunde zuführen, welche das Berliner Komitee wöchentlich einmal abhalten wird. Ein im Herbst d. J. zum Versand gelangendes Merkblatt wird alle die Sammelforschung bezüglichen Daten, Adressen, Anweisungen usw. übersichtlich zusammengestellt enthalten. Anfang der praktischen Arbeiten zu Beginn des Wintersemesters.

Diskussion: Baginsky fragt an, ob der Verein als solcher Stellung zu der vom Vortragenden in dankenswerter Weise angeregten Frage nehmen soll.

Cassel erwartet noch weitere Instruktionen des Vortragenden über die Wege, die im einzelnen einzuschlagen sind. So hält er es z. B. für notwendig, daß sich den großen Instituten einzelne Laryngologen zur Verfügung stellen, um dem Pädiater die Arbeit zu erleichtern.

Daß der Verein als solcher sich an der Ozaenabearbeitung beteiligt, hält er nicht für zweckdienlich.

Der Verein beschließt, daß jedem einzelnen Mitgliede die Beteiligung an der Statistik überlassen bleiben solle.

J. Peiser: „*Über die Verwendung konservierter Ammenmilch zur Ernährung von Säuglingen*".

Vortragender hat nach den Angaben von Mayerhofer und Přibram Ammenmilch mit Wasserstoffsuperoxyd und Kalziumsuperoxyd konserviert und kranke Säuglinge damit ernährt. Eine Schädigung der Kinder durch diese Ernährung hat er nicht beobachtet; ihr Nutzen hielt sich in denselben Grenzen wie der frischer Brustmilch bei kranken Säuglingen. Alte, wiederholt konservierte Brustmilch entfaltete gelegentlich obstipierende Wirkung, was wohl mit dem Kalkzusatz in Verbindung zu bringen ist (Kurve). Amphoter gewordene

Brustmilch zeigte normalen Milchzuckergehalt, dagegen bereits Fettspaltung (Nilblausulfatreaktion nach Friedenthal).

Die Methode der Konservierung von Ammenmilch mit Wasserstoffsuperoxyd und Kalziumsuperoxyd ist einfach und deshalb für Säuglingsheilanstalten zu empfehlen. Ein weiteres Anwendungsgebiet schränkt sich von selbst ein. Autoreferat.

I. Rosenstern: „*Hunger im Säuglingsalter und Ernährungstechnik*".

Gegenüber den Gefahren der Überernährung im Säuglingsalter sind die des Hungers in den letzten Jahrzehnten vernachlässigt, dabei spielt quantitative und qualitative Unterernährung gerade in dieser Lebensepoche eine große und bisweilen gefährliche Rolle. Rosenstern berichtet zunächst über das nicht seltene Vorkommnis der Unterernährung beim gesunden Brustkind. Es hat sich an dem Material des Kinderasyls gezeigt, daß ein großer Prozentsatz vollkommen gesunder Kinder gesunder Mütter bei der jetzt geübten Technik von 5 Mahlzeiten in 24 Stunden in den ersten Wochen und Monaten nicht genügend gedieh, ohne daß irgendwelche Stillschwierigkeiten von seiten der Mutter oder des Kindes nachgewiesen werden konnten. In der Praxis würde man die Ursache dieses mangelhaften Gedeihens in einer Hypogalaktie suchen. Die klinische Beobachtung widerlegt diese Auffassung. Die Ursache liegt nicht bei der Mutter, sondern beim Kinde und sie besteht in einer in den ersten Wochen sehr häufig vorhandenen Trinkfaulheit oder mangelhaften Trinkfertigkeit. Durch häufigeres Anlegenlassen kann in den meisten Fällen sofort genügende Nahrungsaufnahme erzielt werden. Das Regime der häufigeren Mahlzeiten ist aber nur für kurze Zeit erforderlich (2 bis 3 Wochen), dann ist unbedingt zu 5 Mahlzeiten zurückzukehren. Sehr wichtig ist in den Fällen von Trinkfaulheit eine weitere Maßnahme: Die Mutter soll nach jedesmaligem Anlegen die Brust durch Abspritzen der Milch entleeren, da sonst eine mangelhafte Funktionsausbildung der Drüse beziehungsweise ein vorzeitiger Rückgang der Milchproduktion zustandekommt. Auch beim künstlich genährten Säugling läßt das Gedeihen in den ersten Lebenswochen bei Verabreichung der üblichen Milchmischungen in 5 Mahlzeiten nicht selten zu wünschen übrig, da es nicht gelingt, das zur Deckung des Bedarfs erforderliche Quantum beizubringen. Vorübergehende Verkürzung der Trinkpausen schafft auch hier Abhilfe.

Die Praxis der Mutter und Pflegemutter verzeichnet als vielgeübten Brauch zur Erzielung besserer Nahrungsaufnahme (sowie gegen das Speien) das Aufsitzen und Aufstoßenlassen während und nach dem Trinken. In der Schulmedizin ist dieser Brauch verpönt. Mit Unrecht. Denn es läßt sich kurvenmäßig nachweisen, daß mit Einführung dieser „Trinkunsitte" das Gedeihen erfolgte, wo vorher infolge mangelhafter Nahrungsaufnahme und Speien Gewichtsstillstand zu verzeichnen gewesen war.

Wichtiger als beim gesunden ist der Hunger beim kranken Säugling, bei dem insbesondere durch Wassermangel große Gefahren drohen. Zur Bekämpfung des Hungers kommen hier häufigere Mahlzeiten, Zwangsfütterung, Rektalinstillationen und subkutane Infusionen in Betracht. Zu wenig gewürdigt ist in diesen Fällen die Methode der Zufuhr einer konzentrierten Nahrung, die natürlich aber nur bei darmgesunden Kindern zur Anwendung kommen darf. Neben den bekannten kondensierten Gemischen erwies sich hier die konzentrierte Eiweißmilch (1000 g Buttermilch, Käse aus 2 l Milch mit 5 bis 10% Zucker) besonders nützlich, und zwar deswegen, weil sie auch in dieser konzentrierten Form bei hohem Kaloriengehalt gärungswidrige Eigenschaften entfaltet. Das fehlende Wasser muß durch rektale Zufuhr ergänzt werden.

Ähnlich der hier geschilderten Therapie der allgemeinen Nahrungsverweigerung ist die Behandlung einer partiellen Form mangelhafter

Nahrungsaufnahme: Der einseitigen Verweigerung flüssiger Kost, wie man sie nicht selten bei nervösen Säuglingen in der zweiten Hälfte des 1. Lebensjahres im Anschlusse an Infektionen findet.

Einseitige Verweigerung konsistenter Nahrung findet man häufig bei Frühgeburten mit Hydrozephalus. Es scheint, als ob hier nicht immer der Hydrozephalus, sondern häufiger die komplizierende Spasmophilie die Ursache dieser Erscheinung ist. Denn durch Behandlung mit P-Lebertran ließen sich günstige Resultate erzielen.

Autoreferat.

Diskussion: L. F. Meyer weist auf die Wichtigkeit der Deckung des Wasserbedarfes bei Ernährung mit konzentrierten Nahrungsgemischen hin. Sinkt das Wasserangebot unter den Bedarf, so bleibt der Ernährungserfolg bei konzentrierter Kost aus. Interessanterweise gibt es individuelle Unterschiede im Wasserbedarf. Bei Ernährung mit konzentrierter Eiweißmilch ohne Wasserzulage heben sich 3 Gruppen von Kindern voneinander ab; die erste zeigt Zunahme, die zweite Gewichtsstillstand, die dritte Abnahme. Bei den beiden letzten Gruppen kann man das zur Erzielung regelmäßiger Zunahmen notwendige Wasserangebot austitrieren. Es betrug zirka 150 g pro Kilo Körpergewicht. In Fällen, in denen der Wasserkonsum diesen Wert nicht erreicht, muß Wasser auf dem Wege der rektalen Instillation zugeführt werden.

Kuhn berichtet über einen Fall von schwerer Ernährbarkeit, in dem alle die üblichen Hilfsmittel versagt haben und bei dem nach langer Zeit des Probierens die ihm von Finkelstein vorgeschlagene Ernährung mit konzentrierter Eiweißmilch als Beikost zur Brust guten Erfolg gehabt hat.

Cassel vermißt unter den Methoden zur Bekämpfung der Anorexie die Sondenernährung, die ihm besonders bei Keuchhusten gute Resultate ergeben hat.

Tugendreich möchte die Angaben des Vortragenden nicht verallgemeinert wissen. Wenn in der Anstalt 64% aller Neugeborenen an der Brust nicht gut gediehen, so läßt sich das nicht auf die Praxis übertragen. In der Anstalt trinken meist mehrere Kinder an einer Brust; außerdem wirken vielleicht noch jene Schäden hier ein, die man als Hospitalismus bezeichnet hat. Als einfaches Mittel zur Erhöhung der Milchmengen empfiehlt er das Anlegen an beiden Brüsten. Wenn auch eine gewisse Reihe von Kindern, auf die er vor einiger Zeit aufmerksam gemacht hat, an der Brust schlecht gedeihen, so darf man nach seiner Meinung doch auch die Zunahme des Körpergewichts in den ersten Lebenswochen nicht als erstes Kriterium einer gedeihlichen Entwicklung betrachten. Oft wird das im Anfang Versäumte rasch nachgeholt.

Noeggerath: Auch nach seiner Beobachtung gibt es Kinder, die im Anfang schlecht trinken und wenig zunehmen und später doch gut gedeihen. Betreffs des Aufstoßenlassens besitzt auch er günstige Erfahrung. Bei Anorexie empfiehlt er die Verordnung von Armara, eventuell Ernährung mit der kalorienreichen, alten Liebigschen Suppe (800 Kalorien im Liter) oder Sondenfütterung.

Auch das häufigere Anlegen kann, worauf übrigens bereits Thiemich aufmerksam gemacht hat, von gutem Erfolge begleitet sein.

Bahrdt: Nicht immer ist Schwäche die Ursache der Trinkfaulheit. Bisweilen verlernen die Kinder den Saugreflex. Bericht von einem Zwillingspaar, von dem das eine plötzlich das Trinken verlernte, obwohl es kräftig und gesund war, weil es offenbar in dem komplizierten Mechanismus des Saugens etwas falsch gemacht hatte. Allmählich lernte das Kind wieder in der richtigen Weise zu saugen.

Das Aufstoßenlassen nach dem Trinken bezeichnet auch er als vorteilhaft.

Kuhn hat in dem von ihm vorher erwähnten Falle von der Sondenfütterung abgesehen, weil sie ihm zu viel Schwierigkeiten machte.

Demgegenüber betont Cassel, bei der Sondenfütterung nie Schwierigkeiten erlebt zu haben.

Baginsky erinnert daran, daß die Idee der Verabreichung einer konzentrierten Nahrung schon vor Jahren einmal aufgetaucht ist. Auerbach empfahl damals die von gewissen irischen Schafen stammende konzentrierte Milch zur Ernährung, die besonders reich an Energiespendern sein sollte. Er erinnert sich, seinerzeit diese Milch angewendet zu haben; des Erfolges kann er sich nicht mehr entsinnen.

Rosenstern (Schlußwort): Dauernde Schwierigkeiten bei der Nahrungszufuhr, wie sie von Herrn Kuhn beschrieben wurden, müssen den Verdacht einer Idiotie des Kindes erregen. Auf die Sondenfütterung wurde nicht näher eingegangen, weil sie als zu bekannt vorausgesetzt wurde. Gerade aber beim Keuchhusten scheint die Sonde ihm nicht selten Anfälle zu provozieren. Hier wird wohl die konzentrierte Nahrung eher angezeigt sein.

Selbstverständlich darf eine Übertragung der Anstaltserfahrungen auf die Praxis nur mit allem Vorbehalte stattfinden, darauf wurde ausdrücklich hingewiesen.

Wenn auch die Idee der konzentrierten Nahrung nicht neu ist, so ist doch ihre Anwendung in größerem Maßstabe bisher nicht erfolgt.

Sitzung vom 15. Juli (Innere Sektion).

1. **Heubner:** *„Nachruf für Hugo Neumann"*.

Eckert: *„Über den heutigen Stand der Diphtherietherapie"*.

Die Serumtherapie steht im Mittelpunkte der Behandlung der Diphtherie. Für die Bewertung des Serums ist heute noch in Geltung die Ehrlichsche Wertbestimmung: der Heilwert entspricht dem Antitoxingehalt. Die Art der Einwirkung des Antitoxins auf das Toxin ist auf dreifache Weise denkbar: durch chemische Bindung, reversible Adsorption oder fermentativen Abbau des Toxins unter Mitwirkung des Komplements.

Für die Art der Anwendung des Serums sind Morgenroths Versuche maßgebend. Zu Beginn der Therapie ist eine möglichste Konzentration der Antitoxineinheiten im Blute anzustreben. Das geschieht am besten durch intravenöse, nächstdem durch intramuskuläre Injektion; dagegen sollte die subkutane Injektion völlig verschwinden.

Die modernen Erfahrungen bestätigen vollkommen die von Heubner 1894 aufgestellten Sätze.

Die Seruminjektion erzielt:

1. Eine Herabsetzung der Mortalität (von 15 bis 3 bis 1%).
2. Eine prompte Beeinflussung der lokalen Beläge.
3. Seltenheit der Rezidive.

Die Serumwirkung ist am besten bei frühzeitiger Injektion.

Wenn auch die modernen Versuche der Bekämpfung toxischer Symptome (inklusive Lähmungen) noch nicht abgeschlossen sind, so scheint doch die Behandlung mit großen Dosen und intravenöser Injektion auch hier von Erfolg begleitet zu sein.

Für die lokale und symptomatische Therapie hat sich vor allem das Adrenalin bewährt, besonders bei subkutaner Anwendung gegenüber der postdiphtherischen Blutdrucksenkung.

Nach wie vor bleibt die frühzeitige Anwendung des Serums die Hauptsache bei der Behandlung.

Diskussion: Braun hat keinerlei Nutzen von der Wirkung größerer Serumdosen gesehen, wohl aber einen entschiedenen Einfluß prophylaktischer Immunisierungen an einem größeren Material nach-

weisen können. Er empfiehlt frühzeitige unentgeltliche prophylaktische Behandlung der Proletarierbevölkerung.

Heubner bezeichnet die Verwendung der bakteriziden Eigenschaft des Serums zu lokaler Behandlung deshalb als problematisch, weil man experimentell das Serum mit einer abgemessenen Menge Bazillen zusammenbrachte, hier aber einer ausgedehnten progressiven Entwicklung gegenübersteht.

Fritz Meyer erinnert an seine schon vor Jahren vorgenommenen Untersuchungen, die bewiesen, daß der Einfluß des Serums auf die toxischen Erscheinungen der Diphtherie ein erheblicher war. Hinsichtlich der Überempfindlichkeit eines Individuums gegen Pferdeserum empfiehlt er, zunächst vorsichtshalber eine kutane Impfung zu machen.

Jochmann hat bei postdiphtherischen Lähmungen gute Resultate mit hohen Dosen von Diphtherieserum erzielt. Fortschreitende Lähmungen kamen zum Stillstand, und zwar in unmittelbarem Anschlusse an die Injektion. Die Gefahr, bei Reinjektion anaphylaktische Erscheinungen hervorzurufen, ist gering. Bei der Behandlung diphtherischer Augenerkrankungen hat Jochmann bei lokaler Anwendung pulverisierten Serums im Verein mit intramuskulären Injektionen gute Erfolge gesehen. Bei ausgesprochenen Fällen postdiphtherischer Herzschwäche versagen nach Jochmann sowohl Adrenalin wie Serum.

Eckert berichtet im Schlußwort über die Höhe der angewendeten Dosen von Diphtherieserum. Es wurden bei schwerer toxischer Diphtherie 9000 I. E. gegeben, in besonders schweren Fällen diese Dosis 2 mal am Tage. Blieben die Symptome dennoch schwer, Fortsetzung der hohen Dosen bis zum 6. Tage.

II. Ergänzende Literaturübersicht.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

Ahlfeld. Abnabelung und Nabelschnurversorgung. (Zentralbl. f. Gynäkol., 1911, Bd. XXXV, S. 1505.)

E. Apert. Un livre sur les maladies des nouveau-nés, écrit vers 1492. (Ein Buch über die Krankheiten des Neugeborenen aus dem Jahre 1492.) (Arch. de méd. des enfants, 1912, Bd. XV, S. 26.)

Archer. Importance of maintaining normal mouth conditions in children. (Mundpflege bei Kindern.) (West Virginia Med. Journ., Mai 1912.)

A. Aubert. La physiologie normale et pathologique du thymus. (Dissert., Paris.)

A. Baillet. Recherches sur la teneur en fer du foie dans les deux sexes, de la naissance à la puberté. (Dissert., Paris.)

C. Barbano. Die normale Involution der Thymus. (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., 1912, Bd. CCVII, S. 1.)

Bockhorn. Atmungsgymnastik, ein erzieherischer und heilsamer Faktor im Seeklima. (Klin.-therap. Wochenschr., 1911, Bd. XVIII, S. 1153.)

Boguszewska-Janicka. Beiträge zur Histologie der Nasenschleimhaut bei menschlichen Embryonen. (Dissert., Bern.)

Boise. Fever of new born. (Fieber bei Neugeborenen.) (Journ. Michigan State Med. Soc., März 1912.) Wachenheim (New York).

Boissard. Le nouveau règlement sur la vaccination chez le nouveau-né. (Bull. de la Soc. d'obstétr. de Paris, 1911, Bd. XIV, S. 346.)

A. Bolle. Über den Lezithingehalt des Knochenmarkes von Mensch und Haustieren. (Dissert., Bonn.)

F. Boschau. Die Erregbarkeit des sympathischen Systems bei gesunden und kranken Säuglingen. (Orvosi Hetilap., 1912, Bd. LVI, S. 217.)

H. M. de Burlet. Die äußeren Formverhältnisse der Leber beim menschlichen Embryo. (Dissert., Zürich.)

J. Delmas. La ponction lombaire chez le nouveau-né. (Die Lumbalpunktion beim Neugeborenen.) (Le Progrès méd., 1912, Bd. XL, S. 88.)

A. Dutoit. Neue Ergebnisse der Thymusforschung. (Med. Klinik., 1912, Bd. VIII, S. 284.)

P. Esch. Bewirkt das Kind während des intrauterinen Lebens eine Überempfindlichkeit bei der Mutter? (Zentralbl. f. Bakteriol., Orig., 1912, Bd. LXIV, S. 13.)

W. Falta und **G. Schwarz.** Wachstumsförderung durch Radiumemanation. (Berliner klin. Wochenschr., 1911, Bd. IIL, S. 605.)

G. Flore. Valore della percussione del cranio nei bambini. (Wert der Schädelperkussion bei Kindern.) (Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 32.)

L. Follasson. Contribution à l'étude de la croissance des os. (Dissert., Jena.)

Foveau de Courmelles. La lumière en thérapeutique et en hygiène. (Das Licht in therapeutischer und hygienischer Beziehung.) (Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 328.)

C. Garmier. Les hangements d'attitudes et la fréquence du pouls chez l'enfant. (Discsert., Paris.)

H. Goeckel. Die Wandlungen in der Bewertung des ungeborenen Kindes. (Dissert., Heidelberg.)

H. Großenbacher. Untersuchungen über die Funktion der Milz. (Dissert., Bern).

K. Hart. Thymusstudien. I. Über das Auftreten von Fett in der Thymus. Die pathologische Involution der Thymus. (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., 1912, Bd. CCVII, S. 27.)

N. Hassanè-Dschalaljanz. Geburten von über 4000 g schweren Kindern und ihre forensische Bedeutung. (Dissert., Jena.)

F. Heeger. Künstliche Steigerung des Knochenwachstums zu therapeutischen Zwecken. (Dissert., Greifswald 1912, 31 S., Druck von J. Abel.)

Hesselberg. Die menschliche Schilddrüse in der fötalen Periode und in den ersten sechs Lebensmonaten. (Dissert., Bern.)

W. Dr. Hoag. Prophylaxis during childhood. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 925.)

W. Hurvald. Über die forensische Bedeutung der Familienähnlichkeit. (Dissert., Berlin.)

R. Isenschmid. Zur Kenntnis der menschlichen Schilddrüse im Kindesalter. (Dissert., Bern.)

E. Kahn. Einige Beobachtungen über Farbenunterscheidung bei Kindern. (Inaug.-Dissert., München 1911.)

A. Knepler. Beitrag zur Frage der psychopathologischen Heredität. (Dissert., Basel.)

W. Kraeck. Experimenteller Beitrag zur Lehre der biologischen Beziehungen zwischen Mutter und Kind. (Dissert., Königsberg.)

Kutvirt. Über das Gehör Neugeborener und Säuglinge. (Beitrag zur Anat., Physiol., Pathol. u. Therap. d. Ohrs usw., 1911, Bd. V, S. 249.)

Leube. Über Nabelschnurversorgung der Neugeborenen. (Zentralbl. f. Gynäkol., 1911, Bd. XXXV, S. 1347.)

K. Lhotak v. Lhota. Über die Ursachen der sinkenden Pulsfrequenz bei wachsenden Hunden. (Arch. f. d. ges. Physiol., 1911, Bd. CXXXXI, S. 514.)

R. Liertz. Über die Lage des Wurmfortsatzes. 2. Die Lage des Wurmfortsatzes beim Fötus und bei Kindern. (Dissert., München.)

H. Lowenburg. Case showing symptoms of intracranial pressure with recovery. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 523.)

Ludlum. The blood in infancy and childhood. (Das Blut im Kindesalter.) (Amer. Journ. Obstetr., April 1912.)
Wachenheim (New York).

M. Novogrodsky. Die Bewegungsmöglichkeit in der menschlichen Wirbelsäule. (Dissert., Bern.)

Oker-Blom. Ein portativer Apparat zur Messung der sagittalen Bewegungen der Brustwand in der Subklavikulargegend. (Skand. Arch. f. Physiol., 1911, Bd. XXV, S. 204.)

Macmillan. Value of child study. (Die Kinderforschung.) (Chicago Med. Recorder, 15. April 1912.) Wachenheim (New York).

F. Maillet. Le tissu cellulaire sous-cutané dans la défense de l'organisme de l'enfant. (Das Unterhautzellgewebe als Verteidigungsmittel des Kindesorganismus.) (Le Progrès méd., 1912, Bd. XL, S. 81.)

Manning. Blood in infancy and early childhood. (Das Blut im frühen Kindesalter.) (Northwest Med., Mai 1912.)
Wachenheim (New York).

J. Markwalder. Zur Physiologie und Pharmakologie der Diastole. (Dissert., Zürich.)

V. Mas. Proportions des vaccins inefficaces chez les nouveau-nés dont les mères ont été vaccinées pendant la grossesse. (Dissert., Paris.)

Mestrezat. Analyse chimique du liquide céphalo-rachidien. Valeur diagnostique. (Die chemische Analyse der Zerebrospinalflüssigkeit und ihr diagnostischer Wert.) (Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 123.)

F. Müller. Ästhetisches und außerästhetisches Urteilen des Kindes bei Betrachtung von Bildwerken. (Dissert., Halle.)

R. M. L. Parouty. Etude clinique de la coagulation du sang de l'enfant à l'état normal et dans certains états pathologiques. (Dissert., Bordeaux.)

M. Peigné. Les petits thorax. (Dissert., Paris.)

W. Peyer. Biologische Studien über Schutzstoffe. (Dissert., Jena.)

G. R. Pisek und **T. H. Coffen.** The Polygraph as an aid in diagnosis of cardiac conditions in children. (Der Polygraph, ein diagnostisches Hilfsmittel bei kindlichen Herzerkrankungen.) (Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. III, S. 69.)

Pisek und **Pease.** Anaphylaxis in its relation to pediatrics. (Amer. Journ. of Dis. of Child., 1911, Bd. II, S. 39.)

— Anaphylaxis in its relation to pediatric pratice. (Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVI, S. 127.)

L. Quessel-Lukin. Das Vorkommen der „Schaumorgane" im Kindesalter. (Dissert., Zürich.)

E. Retterer und **A. Lelièvre.** Du tissu osseux et de l'ossification periostique. (Compt. rend. de la Soc. de Biol., 1911, Bd. CXXI, S. 632.)

— Structure et histogenèse des végétations adénoides. (Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol., juillet 1911.)

P. Rougon. Des variations et de la valeur séméiologique de la température de l'enfant au point de vue clinique et physiologique. (Dissert., Montpellier.)

J. Ruhräh. A quick macroscopic agglutination test. (Eine rasche makroskopische Agglutinationsprobe.) (Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 189.)

Sabrazès, Lande, Muratel. Le sang cadavérique du foetus, du nouveau-né et de l'enfant en médecine légale. (Ann. d'Hyg. publique, 1911, Bd. XVI, S. 133.)

M. Schukowa-Florensowa. Die Viskosität des Blutes der Kinder, besonders der Mundatmer. (Dissert., Bern.)

L. Seidenberger. Experimentelle Untersuchungen über den Adrenalingehalt des menschlichen Blutes. (Dissert., Leipzig.)

F. Seiler. Untersuchungen über den Einfluß der Thymusdrüse auf die Blutbildung respektive das Blutbild. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXIV, S. 862.)
N. Serebrenikoff. Über die bakterienfeindlichen und konservierenden Eigenschaften einiger Aufbewahrungsmittel der animalen Lymphe. (Dissert., Bern.)
E. Stricker. Die Größenmaße der Milz im Kindes- und Jugendalter. (Dissert., Berlin.)
H. Stévenin. Le pouvoir antitryptique du sérum sanguin. (Dissert., Paris.)
R. Thoma. Untersuchungen über das Schädelwachstum und seine Störungen. 1. Die Spannung der Schädelwand. (Virchows Arch., 1911, Bd. CCVI, S. 201.)
Tissier und **Vaudet.** Anomalie d'ossification cranienne. (Bull. de la Soc. d'obstétr. de Paris, Bd. 1911, XIV, S. 461.)
F. Toeplitz. Des Säuglings Ernährung und Pflege. (2. Aufl., Breslau, Preuß u. Jünger.)
H. Treidtel. Über Beziehungen zwischen Körperkonstitutionen und Thoraxform. (Dissert., Erlangen.)
L. Wahl. Über Anaphylatoxine. (Dissert., München.)
P. Wolfensohn-Kriss. Über den Blutdruck im Kindesalter. (Dissert., Bern.)
J. Zappert. Die Spinalganglien im Kindesalter. (Arbeiten a. d. neurol. Institut a. d. Wiener Universität, 1911, Bd. XIX, S. 305.)

Physische und psychische Entwicklung und Erziehung, Schule.

Allport. Conservation of school children's eyes. (Augenschutz für Schulkinder.) (Illinois Med. Journ., April 1912.
Wachenheim (New York).
P. V. Badin. De l'inspection des écoles au point de vue orthopédique. (IV. Congrès de physiothérapie, Paris 1912.)
Bates. Eye-strain among public school children. (Augenüberanstrengung bei Schulkindern.) Northwest Med., April 1912.
Wachenheim (New York.)
Beach. Physical examination of school children, with special reference to effect of exercise on the heart. (Physikalische Untersuchung der Schulkinder, mit speziellem Nachweise des Einflusses der Muskelübung auf das Herz.) (Southern California Practitioner, März 1912.)
Bratz. Was kann Erziehung gegen ererbte Anlagen erreichen? (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1912, Bd. XXV, S. 510.)
Brockway. Medical inspection in public schools. (Ärztliche Schulaufsicht.) (Ohio State Med. Journ., 15. April 1912.)
Wachenheim (New York.)
E. Cerisier. L'enseignement de l'hygiène à l'école et à la caserne. (Dissert., Paris.)
A. Collin. Procédés de recherche de la résistance à la fatigue chez l'enfant. Rapports de ce phénomène avec l'évolution de l'être. Essai de valeur prognostique. (Gaz. des hôp., 1911, S. 1061.)
Dorr. School sanitation and medical inspection of schools. (Schulhygiene und Schulaufsicht.) (Iowa Med. Journ., Mai 1912.)
Doyle. Subnormal child in school. (Das subnormale Kind in der Schule.) (Virginia Med. Semi-monthly, März 1912.)
Wachenheim (New York.)
A. Duval. Méthodes de culture physique. (Dissert., Bordeaux.)
Fort. Examination of country school children. (Untersuchung der Schulkinder auf dem Lande.) (Journ. Med. Assoc. of Georgia, Mai 1912.) Wachenheim (New York.)

Foveau de Courmelles. L'enseignement primaire en Scandinavie (Schulunterricht in Skandinavien.) (Annales de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 753.)

K. Franz. Vergleichende Untersuchungen über neuere Methoden der Lichtprüfung in Schulen. (Dissert., Berlin.)

H. Frey. Das Gehör der Schulkinder. (Zeitschr. für Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1912, Bd. IV, S. 251.)

H. H. Goddard. The height and weight of feeble minded children. (Größe und Gewicht schwachsinniger Kinder.) (The Journal of nervous and ment. dis., 1912, Bd. XXXIX, S. 217.)

A. Gombert. Hygiène et éducation. (Dissert., Paris.)

Harrell. School inspection, Norfolk, Va. (Schulaufsicht zu Norfolk, Virginien.) (Virginia Med. Semi-monthly, 22. März 1912.)

H. Hennes. Über krankhafte Ermüdung im Kindesalter, ein Beitrag zur Prophylaxe der Geisteskrankheiten. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (Orig.), 1911, Bd. VIII, S. 284.)

Hoag. Teacher's relation to health supervision in schools. (Verhältnis des Lehrers zur Schulhygiene.) (Bull. Amer. Acad. of Med., Juni 1912.)

Hoag and **Hall.** Contagious diseases in schools. (Ansteckende Krankheiten in der Schule.) (Bull. Amer. Acad. of Med., April 1912.)

C. Huet. Une campagne contre la phtiriase dans les écoles publiques du Hâvre. (Dissert., Paris.)

F. Kemsies und **L. Hirschlaff.** Arbeits- und Ruhehaltungen in der Schulbank. (Schluß.) (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 497.)

A. Kohl. Pubertät und Sexualität. Untersuchungen zur Psychologie des Entwicklungsalters. (Dissert., Gießen.)

P. A. Lenoble. Les bains-douches à l'école primaire. (Dissert., Paris.)

A. Lien. De l'inspection otologique à l'école. (Dissert., Lille.)

L. Magnanon. Le médecin scolaire. (Dissert., Lyon.)

Makuen. The prevention of deafness and the instruction of the deaf child. (Verhütung der Taubheit und Unterricht des tauben Kindes.) New York State Journ. of Med., Juni 1912.

Wachenheim (New York.)

Neumann. Der Schularztdienst im Landkreise Mettmann. (Der Schularzt, 1912, Bd. X, S. 105.)

G. Poelchau. Ratschläge über die Ernährung der Schulkinder in Form eines Merkblattes. (Med. Reform, 1912, Bd. VII, S. 123.)

Pryor. Fundamental errors in our system of education. (Grundfehler in unserem Unterrichtssystem.) (Kentucky Med. Journ., 1. Juni 1912.

F. Raschkowski. Über die Hörprüfungen schwachbefähigter Kinder der fünf Berner Spezialklassen. (Dissert., Bern.)

H. Rouyer. Quelques considérations sur les exercices physiques de la jeunesse des écoles. (Dissert., Paris.)

E. Schlesinger. Die Trinkerkinder unter den schwachbegabten Schulkindern. (Münchener med. Wochenschr., 1912, Bd. LIX, S. 649.)

E. Schlesinger. Schüleruntersuchungen an höheren Schulen. Internat. Arch. f. Schulhyg., 1912, Bd. VIII, S. 1.

De Schweinitz. The prevention of blindness and the instruction of the blind child. (Verhütung der Blindheit und der Unterricht des blinden Kindes.) (New York State Journ. of Med., Juni 1912.)

C. S. Stokvis. De zol der school by de verspreiding der diphtherie en de bacteriologische diagnose dezer ziekte. (Die Bedeutung der Schule bei der Verbreitung der Diphtherie und die bakteriologische Diagnose dieser Krankheit.) (Niederlandsch Tijdschrift von Geneeskunde, 1912, Bd. I, S. 494.)

Straubenmüller. The school and the doctor. (Verhältnis des Arztes zur Schule.) (New York Med. Journ., 20. April 1912.)

Wachenheim (New York.)

G. J. Texier. L'hygiène de la vue dans les Ecoles de Nancy. Les livres et le mobilier. (Dissert., Nancy.)
Klara Tlučhoř. Die Notwendigkeit erhöhter Reinlichkeitspflege in der Schule. (Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1911, Bd. III, Nr. 10, S. 281.)
P. L. Vernier. Inspection oculistique des Ecoles à Nancy. Essai d'hygiène scolaire locale. Lumière naturelle et artificielle. (Dissertation, Nancy.)
Warren. Sanitation in schools. (Schulhygiene.) (Kentucky Med. Journ., März 1912.) Wachenheim (New York.)

Ernährung und Stoffwechsel.

J. A. Abt. Influence of summer heat on diarrheal diseases. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1911, Bd. LVII, S. 1447.)
Abt. Milk as food for infants. (Milch als Säuglingsnährmittel.) (Chicago Med. Recorder, März 1912.) Wachenheim (New York.)
H. Altkaufer. Experimentelle Untersuchungen über die Verdauung der Zellulose beim Kaninchen. (Dissert., Halle.)
J. Baehr. Vorkommen und Bedeutung der Streptokokken in der Milch. (Dissert., Bern.)
E. Bamberger. Das Sklerödem und seine Beziehungen zu den Sklerodermien. (Dissert., Heidelberg.)
I. Baudrand. L'accroissement. (Dissert., Paris.)
B. Bendix. Zur Symptomatologie und Ätiologie der Barlowschen Krankheit. (Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 820.)
F. Berka. Untersuchungen über menschliches Kolostrum. (Virchows Arch., 1911, Bd. CCV, S. 59.)
A. Betta. Des pesées dans la première enfance au point de vue physiologique et pathologique. (Dissert., Montpellier.)
A. Bode. Über die Beziehungen zwischen den Fetten der Milch und des Kolostrums zu den Fetten der Nahrung, der mütterlichen und des kindlichen Körpers. (Dissert., Bern.)
G. Boekstegers. Studien über die Stickstoffverteilung im Urin bei Milchernährung. (Akad. Klinik f. Kinderheilk., Düsseldorf; Gießen.)
Bonnamour und **Imbeut.** La chlorure de calcium, médicament diurétique déchloruant. (La Presse méd., 1911, Bd. XIX, S. 941.)
F. Bönning. Beitrag zur Symptomatologie und Therapie der kongenitalen Pylorusstenose beim Säugling. (Med. Klinik, Marburg.) Marburg.
A. Bookman. The metabolism in a case of idiopathic osteopsathyrosis. (Arch. of Intern. Med., 1911, Bd. VIII, S. 675.)
Pierre Boulan. Histoire de l'allaitement. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 212, S. 114.)
H. Bowditch. Infectious diarrhoea. Its treatment with especial reference to the biochemical and bacteriological standpoint. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. CLXIV, S. 294.)
F. Bra. Die Melaena neonatorum und ihre erfolgreiche Bekämpfung durch subkutane Gelatineinjektionen. (Dissert., Berlin.)
J. M. Brady. Experience with albumin milk. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1911, Bd. LVII, S. 1970.)
R. Bräuler. Der Einfluß verschiedener Labmengen und verschiedener Temperaturen auf die Gerinnung der Milch und die mikroskopische Struktur der Kasein- und Fibringerinnsel. (Dissert., Tübingen.)
Max Bub. Besitzt die Kolostralmilch bakteritide Eigenschaften? (Dissertation, Gießen.)
M. Cadre. Etude sur les modifications du poids, de la taille et de la suture sagittale chez le nouveau-né dans les 9 premiers jours. (Dissert., Paris.)
Campbell. Feeding of children from bottle to puberty. (Kinderernährung nach dem Säuglingsalter.) (Lancet-clinic, 4. Mai 1912.)

J. Carl. Die Albuminimeter in ihrer klinischen Verwendbarkeit. (Dissertation, Gießen.)

Th. M. Carpenter und **J. R. Murlin.** The energy metabolism of mother and child just before and just after birth. (Arch. of. Int. Med., 1911, Bd. VII, S. 184.)

J. Chabert. Contribution à l'étude du ferment oxydant et de la cytologie du lait de femme. (Dissert., Paris.)

Champy. Recherches sur l'absorption intestinale. (Dissert., Paris.)

Chapman. Infant-feeding. (Die Säuglingsernährung.) (Illinois Med. Journ., Mai 1912.) Wachenheim (New York).

R. Chassin. Neue Versuche über die Hämolyse durch Salze. (Dissert., Zürich.)

U. Clauss. Der Einfluß der Verabreichung verminderter Nährstoffmengen auf die Milchsekretion. (Dissert., Leipzig.)

Coit. Requisite standards for raw materials in the successful substitute feeding of infants. (Erforderliche Normen der Rohstoffe für die künstliche Säuglingsernährung.) (Arch. of Pediat., Juni 1912.)

R. C. Collisson. A brief investigation on the estimation of lecithin. (Eine kurze Beobachtung über die Bestimmung des Lezithins.) (Journ. of biol. chem., 1912, Bd. XI, S. 217.)

J. S. Mc Cracken. Hypertrophy of the pylorus in infants. (Pylorushypertrophie bei Säuglingen.) (British med. Journ., 1912, Nr. 2670, Nr. 487.)

Crain. Nutrition in infancy. (Ernährung im Säuglingsalter.) (New Orleans Med. and Surg. Journ., März 1912. Wachenheim (New York).

G. Cramer. Untersuchungen über Hemizellulosevergärung durch menschlichen Kot. (Dissert., Halle.)

Giovanni de Cristina. Contributo allo studio delle enteriti dissenteriformi dei lattanti. (Gaz. degli osp. e delle Cliniche. 7 nov. 1911.)

Francis H. Mc Crudden. The effect of fat and of carbohydrate diets on the excretion of creatin in cases of retarded development. (Der Einfluß von fett- und kohlehydratreicher Nahrung auf die Ausscheidung von Kreatin in Fällen von Kretinismus.) (Journ. of exp. med. 1912, Bd. XV, S. 457.)

M. Cudennec. Contribution à l'étude du sérum marin comme agent thérapeutique dans certaines affections de l'enfance. (Dissert., Bordeaux.)

K. Demjanenko. Das Verhalten des Darmepithels bei verschiedenen funktionellen Zuständen. (Dissert., Zürich.)

M. Deseulus. Contribution à l'étude de l'entero-colite dysentériforme de la première enfance (Dissert., Paris.)

A. Dingwall. Gastrointestinal haemorrhage in a newborn infant. (Gastro-intestinale Hämorrhagie bei einem Neugeborenen.) (British Med. Journ., 1912, S. 725.)

W. Dombrowski. Die Hefen in Milch und Milchproduktion. (Dissert., Göttingen.)

Ew. Draeger. Über die Assimilation und Verwertung verschiedener Kalkphosphatpräparate im Tierkörper. (Dissert., Rostock.)

J. Dunlop. Melaena neonatorum. (British Med. Journ., 1912, Nr. 2668, S. 362.)

Durham. Notes on the care of premature infants. (Die Pflege der Frühgeborenen.) (Arch. of Pediat., Juni 1912.) Wachenheim (New York).

Eastman. Present knowledge of physiology and chemistry of gastric digestion as applied to vomiting of infancy. (Gegenwärtige physiologische und chemische Kenntnisse der Magenverdauung in ihrer Anwendung zum Erbrechen der Säuglinge.) (Pediatrics, Mai 1912.) Wachenheim (New York).

Elliott. Infant-feeding. (Säuglingsernährung.) (West Virginia Med. Journ., Mai 1912.) Wachenheim (New York).

A. Falquel. La coprologie dans la pratique jornalière. (Dissert., Lyon.)
Cl. B. Farr. The comparative caloric value of various foods used in infancy and early childhood. (Der kalorische Vergleichswert verschiedener Nahrungsmittel des Säuglings- und frühen Kindesalters.) 1912, Bd. XXIX, Nr. 110.)
Fievez. Quelques types intéressants de nourrissons à l'alimentation vicieuse. (Le Scalpel, 1911, Bd. LXIV, S. 302.)
Fife and **Veeder.** Studies in the metabolism of atrophic infants. (Amer. Journ. of diseases of children, 1911, Bd. II, S. 19.)
A. Filia. Sull' attività autolitica dei tessuti dei neonati et dei lattanti. L'autolisi epatica. (Sez. med., 1911, Bd. XVIII, S. 521.)
— Sulla distribuzione del ferro nel fegato dei bambini. (Gazz. degli osp. e delle Cliniche, 15 oct. 1911.)
G. Fingerling. Einfluß organischer und anorganischer Phosphorverbindungen auf die Milchsekretion. (Biochem. Zeitschr., 1912, Bd. XXXIX, S. 239.)
H. Finkelstein. Zur Indikation und Technik der Behandlung des Säuglingsekzems mit molkenarmer Milch. (Therap. Monatshefte, 1912, Bd. XXVI, S. 34.)
S. Finkelstein. Untersuchungen über die Resorptionsarbeit des Darmes. (Dissert., Zürich.)
Fisch. Über Nachteile in der Säuglingsernährung in den Tropen durch homogenisierte Milch und deren Verwendung. (Arch. f. Schiffs- und Tropenhyg., 1912, Bd. XVI, S. 220.)
Otto Folin und **W. Denis.** On creatine in the urine of children (Kreatin im Harn von Kindern.) (Journ. of Biol. Chem., 1912, Bd. XI, S. 253.)
Fr. Fraley. A rapid and simple method for calculating the caloric value of percentage mixtures. (Eine rasche und einfache Methode, den kalorischen Wert von „Percentic"-Mischungen zu berechnen.) (Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 123.)
R. T. Frank und **A. Unger.** An experimental study of the causes which produce the growth of the mammary gland. (Arch. of Intern. Med., 1911, Bd. VII, S. 812.)
H. Freund und **E. Grafe.** Stoffwechseluntersuchungen beim experimentellen Kochsalzfieber. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm., 1911, Bd. LXVII, S. 55.)
R. S. Frew. Acetonuria in children (Acetonurie bei Kindern). (Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2668, S. 368.)
— Acetonuria in childhood. A study of its prevalency in the medical wards of a children's hospital, with an inquiry into its cause. (Lancet., 1911, Bd. CLXXXI, S. 1264.)
H. Friedenthal. Über Wachstum. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde, 1912, Bd. VIII, S. 254, Bd. IX, S. 505.)
Th. Frölich. Experimentelle Untersuchungen über den infantilen Skorbut. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1912, Bd. LXXII, S. 155.)
Conway A. Frost. Is the milk of eclamtic mothers toxis? (Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 55.)
E. Gachon. Contribution à l'étude de la maladie de Werlhof chez l'enfant. (Dissert., Montpellier.)
L. Gargane. Procédés de fixation de la ration alimentaire du nourrisson. (Dissert., Paris.)
Gavin. Surgical treatment of congenital hypertrophic pyloric stenosis. (Chirurgische Behandlung der angeborenen hypertrophischen Pylorusstenose.) (Southern Med. Journ., Mai 1912.)

Wachenheim (New York).

J. C. Gittings. Pyloric stenosis in infancy. An unusual source of error in diagnosis. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 661.)
H. Wilh. Glasewald. Die Zeiten der Verdoppelung des Körpergewichts neugeborener Tiere. (Dissert., Berlin.)

Goddard. Height and weight of feeble-minded children. (Körperlänge und Gewicht schwachsinniger Kinder.) (Journ. Nerv. and Ment., Dissert., April 1912. Wachenheim (New York).

er. A propos d'un cas rare d'un enfant pesant 5 k 300 à la naissance. (Seltener Fall eines Neugeborenen mit einem Geburtsgewichte von 5300 g.) (Lyon méd., 1912, Bd. CXVIII, S. 894.)

Grulee. Use and misuse of carbohydrates in infant feeding. (Gebrauch und Mißbrauch der Kohlenhydrate bei der Säuglingsernährung.) (Journ. Lancet, 15. März 1912.) Wachenheim (New York).

E. Haas. Über die Beziehungen der stündlichen Stickstoffausscheidungen und der Darmresorption in ihrer Abhängigkeit von Ruhe, Arbeit und Diurese. (Dissert., Bonn.)

K. Hart. Über die experimentelle Erzeugung der Möller-Barlowschen Krankheit und ihre endgültige Identifizierung mit dem klassischen Skorbut. (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., 1912, Bd. CCVIII, S. 367.)

H. D. Haskins und **H. J. Gerstenberger.** Calcium metabolism in a case of infantile tetany. (Journ. of the Esperim. Med., 1911, Bd. XIII, S. 314.)

R. Hecker. Periodisches Erbrechen mit Azetonämie. (Ergebnisse d. inneren Med. u. Kinderheilk., 1911, Bd. VII, S. 242.)

M. Heidermann. Über Gewichtsschwankungen Neugeborener mit besonderer Berücksichtigung der Resultate beim vierstündlichen Anlegen. (Dissert., Heidelberg.)

H. Heiman. Albumin milk as contrasted with other milk mixtures in the treatment of the diarrheas of children. (Arch. of. Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 964.)

H. F. Helmholz. Pyrogenic action of salt solutions in rabbits. (Arch. of Intern. Med., 1911, Bd. VII, S. 468.)

J. F. Heymans. La tuberculose et le lait. (Tuberkulose und Milch.) (Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 349.)

Hobbs. Cholera infantum. (Kentucky Med. Journ., Juni 1912.)

K. Hoffmann. Röntgenologische Größenbestimmung des Magens. (Dissert., Heidelberg.)

A. Hofmann. Über Romauxan, ein neues Nährpräparat. (Dissert., Jena.)

R. Hoobler. The rôle of mineral salts in the metabolism of infants. (Amer. Journ. of diseases of children, 1911, Bd. II, S. 107.)

B. R. Hoobler. Mineral salts and their relation of the dietary of infants and young children. (Mineralsalze und deren Bedeutung für die Diät von Säuglingen und jungen Kindern.) (Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 208.)

J. Hösl. Über Unterschiede in der tryptischen und peptischen Spaltung des Kaseins, Parakaseins und des Parakaseinkalkes aus Kuh- und Ziegenmilch. (Dissert., Bern.)

H. v. Hoesslin und **T. Kashiwado.** Untersuchungen über Fettstühle. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. CV, S. 576.)

— — Untersuchungen über Fettstühle. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. CV, S. 576.)

R. v. Hösslin. Über die Abhängigkeit der Albuminurie vom Säuregrad des Urins und über den Einfluß der Alkalizufuhr auf Azidität, Albuminurie, Diurese und Chloridausscheidung sowie auf das Harnammoniak. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1911, Bd. CV, S. 147.)

Howland. The fundamental requirements of an infants' nutrition. (Amer. Journ. of disseases of children, 1911, Bd. II, S. 49.)

H. Hubert. De l'importance de la toise en hygiène infantile. (Dissert., Paris.)

R. Hunt. Experiments on the relation of the thyroid to diet. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1911, Bd. LVII, S. 1032.)

Hummel. Edema of children. (Ödem bei Kindern.) (Journ. Med. Soc. New Jersey, April 1912. Wachenheim (New York).

G. Jagotè-Lacoussiere. Contribution à l'étude chimique des laits homogénéisés et stérilisés purs dans leur rapport avec le scorbut infantile. (Dissert., Paris.)
R. Th. Jaschke. Neue Erfahrungen in der Technik der Ernährung sowie zur Physiologie und Pflege des Neugeborenen. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1912, Bd. XXXV, S. 60.)
Johnson. Feeding and care of infants of poor. (Ernährung und Pflege armer Säuglinge.) (Southern California Practitioner, März 1912.)
W. Jordan. A case of infantile scurvy due to sterilised milk. (Brit. Journ. of Children Diseases, 1911, Bd. VIII, S. 491.)
P. Junghans. Über das Verhalten von Pepsin und Trypsin im Mageninhalt. (Dissert., Halle.)
G. Kagan. Zur Technik der Viskositätsbestimmung. (Dissert., Bern.)
A. Kendall. Bacillary dysentery. Its bacteriology, biochemistry and their relation to treatment. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. CLXIV, S. 288.)
A. J. Kendall und **R. M. Smith.** Diarrhea in infants associated with the gas bacillus in the stools. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. CLXIV, S. 306.)
A. J. Kendall and **A. W. Walker.** The associated flora of bacillary dysentery. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. CLXIV, S. 301.)
L. Kettler. La question de l'allaitement à Genève. (Dissert., Genf.)
George King. Observations on the intensity of acidity of the urine in children. (Beobachtungen über den Grad der Urinazidität bei Kindern.) (Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVI, S. 701.)
Hch. Kirchberg. Die Barlowsche Krankheit und ihre Komplikation mit spasmophiler Diathese. (Dissert., Erlangen.)
F. Kollmeyer. Über die biologischen Differenzierungen von Milch und Milcheiweißkörpern. (Dissert., Gießen.)
Korniloff. Se produit-il de l'ammoniaque dans les protéolyses digestives? (Dissert., Lausanne.)
Kreidl und **Lenk.** Über Kapillar- und Adsorptionserscheinungen in der Milch. (Arch. f. d. ges. Physiol., 1911, Bd. CXXXXI, S. 541.)
R. Kuenzer. Klinische Untersuchungen zur Diätetik des Wochenbettes. (Dissert., Freiburg. i. B.)
O. Lade. Studien über Azidität des Urins mit experimentellen Beiträgen aus dem Säuglingsalter. (Dissert., München.)
G. de Quemper de Lanaseol. Contribution à l'étude des modifications du lait dans l'engorgement lacté chez la nourrice. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 347.)
L. Langstein und **A. Benfey.** Die Einwirkung des Hungers auf den Säuglingsorganismus. (Med. Klinik, 1911, Bd. VII, S. 1941.)
J. Laurentius. Zur Leistungsfähigkeit der weiblichen Brustdrüse (bei den Ammen auf der Säuglingsabteilung des Kinderkrankenhauses zu Leipzig). (Dissert., Leipzig.)
G. Lefebvre. La recherche du méconium en médecine légale. (Dissert., Lille.)
R. Lehmer. Experimentelle Untersuchungen über schädliche Eigenschaften der gelben Rüben. (Dissert., Gießen.)
J. S. Leopold. Sugars in infant feeding with special reference to the maltose-dextrin preparations. (Arch. of. Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 844.)
Lerin. Spektrophotographische Untersuchungen des Mekoniums. (Arch. f. d. ges. Physiologie, 1912, Bd. CVL, S. 393.)
Justine Lévy. Exploration de la fonction digestive chez les enfants. (Thèse des Paris, 1911, Nr. 375.)
J. Levy. Exploration de la fonction digestive chez les enfants à l'état normal et à l'état pathologique. Nouvelles méthodes de coprologie pratique. (Dissert., Paris.)

B. Llaguet. Contribution à l'étude de la bile comparativement dans l'urine et des matières fécales à l'état normal et à l'état pathologique. (Dissert., Bordeaux.)

W. Löbisch. Beitrag zur Therapie vorgeschrittenster Fälle von Cholera infantum (Sommerdiarrhöe). Das österreichische Sanitätswesen, 1911, Bd. XXIII, S. 451. (Wiener klin. Wochenschr., 1911, Bd. XXIV, S. 1640.)

A. Loubovitch. Etude sur la digestion gastrique du lait. (Dissert., Lausanne.)

W. Mardner. Der Mekoniumpfropf und seine Bedeutung in gerichtsärztlicher Hinsicht. (Universitäts-Frauenklinik.) (Dissert., Gießen.)

A. Margolis. Zur Frage über den Einfluß der vermehrten Wasserzufuhr auf den Stoffwechsel des Säuglings. (Dissert., Straßburg.)

Maupas. L'allaitement au sein à Fécamp. (La Clinique infant., 1912, Bd. X, S. 338.)

E. Mellanby. A short chemical study of a case of cyclic vomiting with some remarks on creatinuria and acidosis. (Lancet, 1911, Bd. DCXXXI, S. 8.)

E. Mensi. Contributo allo studio del ricambio del cloro del neonato. (Beitrag zum Studium des Chlorstoffwechsels beim Neugeborenen.) (Rivista di clinica pediatrica, 1912, Bd. X, S. 1.)

L. F. Meyer. Über Eiweißmilch als Säuglingsdiätetikum in der Hand des praktischen Arztes. (Med. Reform., 1912, Bd. VIII, S. 174.)

M. Minoret. Corps thyroide et intestin. Traitement thyroidien de la constipation. (Dissert., Paris.)

Enrico Modigliani. Il babeurre et il suo uso nella pratica infantile. (Broschüre von 150 Seiten, Veroli 1911.)

A. Molina. Pathogénie, classification et traitement des dyspepsies. (Dissert., Paris.)

F. Moeller. Über die Ausnutzung der Zellulose im menschlichen Darm und den Bakteriengehalt der Fäzes unter normalen und pathologischen Verhältnissen. (Dissert., Halle.)

H. Möllmann. Untersuchungen über den Übergang von Opiumbestandteilen in die Milch unserer Haustiere sowie über die durch die Verabreichung von Opium bedingten Veränderungen der Milch. (Dissert., Zürich.)

Morris. Prune juice vomiting as symptom in cyclic vomiting in children. (Pflaumenmuserbrechen beim zyklischen Erbrechen der Kinder.) (Amer. Journ. Obstetrics, März 1912.)

Wachenheim (New York).

Morse. Spasm of the pylorus in infancy. (Amer. Journ. of diseases of children. 1911, Bd. I, S. 366.)

H. Murschhauser. Der Gasstoffwechsel bei extremen Außentemperaturen in seinen Beziehungen zur Körperoberfläche. Der zeitliche Ablauf der Kohlensäureproduktion und des Sauerstoffkonsums bei extremen Außentemperaturen. (Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chem., 1912, Bd. LXXIX, S. 301.)

M. Narkirier. Über Yoghurt. (Dissert., Zürich.)

William R. Nicholson. The treatment of melena neonatorum by human blood serum. (The Therapeutic Gazette, Februar 1912.)

A. Niemann. Zur Physiologie der Ernährung an der Brust. (Charité-Annalen, 1911, Bd. XXXV, S. 235.)

F. Nohl. Gelatinebehandlung der Melaena neonatorum vera und der Omphalorrhagia idiopathica. (Dissert., Berlin.)

E. Opitz. Zur Physiologie der Milchsekretien und der Ernährung der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen. (Med. Klinik, 1911, Bd. VII, S. 1483.)

L. Panisset. La tuberculose et le lait. (Tuberkulose und Milch.) (Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 349.)

Pierre-Antoine Perrin. De l'influence des vapeurs de mercure sur la sécrétion lactée. (Thèse des Paris, 1911, S. 390.

A. Perron. De l'allaitement pendant la gestation dans ses rapports avec le développement des enfants. (Dissert. Paris.)

W. Pieper. Versuche über die Gemüseverdauung beim Menschen. (Dissert., Halle.)

L. Pins. Die Bedeutung der Gefrierpunktserniedrigung der Milch für die Milchkontrolle (Physiol. Inst. Münster.) (Dissert., Leipzig.)

Porter. Hypertrophic stenosis in infants. (Hypertrophische Stenose des Pylorus bei Säuglingen.) (Boston Med. and Surg. Journ., 7. März 1912.)

C. A. Porter. Two cases of hypertrophic stenosis in infants. (Zwei Fälle von hypertrophischer Pylorusstenose im Säuglingsalter.) (Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVI, S. 378.)

P. A. Potter. Edema in infants (Ödeme im Säuglingsalter). (Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 204.)

N. Prinaris. De l'avenir immédiat des prématurés jumeaux nés de mère saine et des prématurés nés de mère tuberculeuse. (Dissert., Lyon.)

E. C. Pritchard. H. R. Carter und **W. O. Pitt.** Breast-feeding. The value of the test feed. (Lancet., 1911, Bd. CLXXXI, S. 677.)

U. Provinciali. Sul contenuto in calcio di alcuni visceri di lattanti sani tetanici e rachitici. (Über den Kalkgehalt einiger Organe gesunder, tetanischer und rachitischer Säuglinge.) (Rivista di clinica pediatrica, 1912, Bd. X, S. 349.)

R. Raitz. Die Frage der Wirkung des Alkohols auf die Stillunfähigkeit der Frauen in Zürich. (Dissert., Zürich.)

A. Ravenna. Sulla reazione delle urine del lattante col nitrato d'argento. (Über die Reaktion des Säuglingsharns auf Silbernitrat.) (Rivista di clinica pediatrica, 1912, Bd. X, S. 157.)

J. Reynal. L'hypoalimentation chez le nourrisson. (Dissert., Montpellier.)

P. Rieger. Untersuchungen über den Einfluß von Weidegang und Stallhaltung auf das Milchvieh mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen der äußeren Decke. (Dissert., Bern.)

Ries-Finley. Infantile pernicious vomiting and rectal hemorrage. (Perniziöses Erbrechen und Mastdarmblutung bei Säuglingen.) (Pediatrics, April 1912. Nordthwest Med., März 1912.)
Wachenheim (New York).

S. Riva-Rocci. Sulla misura della forza di suzione dei lattanti. Rivista di clinica pediatrica, 1911, Bd. VIII, S. 878.)

L. Rollett. Poliklinische Erfahrungen mit Eiweißmilch. (Dissert., Berlin.)

F. Rosenthal. Zur Frage des alimentären Fiebers (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 70.) (Dissert., Breslau.)

Georges Rosenthal. Le lait caillé au bacille bulgare, aliment incontaminable par le bacille virgule, aliment de prophylaxie anticholérique. (Bulletin général de thérapeutique, 1911, Bd. DCXI, S. 134.)

M. Rottier. De l'examen des selles des nourrissons par la réaction du sublimé acétique. Méthode de Schmidt-Triboulet. (Dissert., Lyon.)

Rudolf. Low percentages in infant feeding. (Niedrige Prozentsätze bei der Säuglingsernährung.) (Canadian Med. Assoc. Journ., März 1912.) Wachenheim (New York).

Ruxton. The dyspepsias of children. (Die Dyspepsien bei Kindern.) (Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2670, S. 487.)

S. Samelson. Beitrag zur Physiologie der Ernährung frühgeborener Kinder. (Dissert., Freiburg i. B.)

M. Sassenhagen. Über die biologischen Eigenschaften der Kolostral- und Mastitismilch. (Dissert., Bern.)

E. Schalck. Die Ätiologie der Mastitis und ihre Beziehungen zur Bakterienflora des kindlichen Mundes und der mütterlichen Scheide. (Dissert., Straßburg.)

A. Schloßmann und **H. Murschhausen.** Über den Einfluß mäßiger Temperaturschwankungen der umgebenden Luft auf den respiratorischen Stoffwechsel des Säuglings. (Biochem. Zeitschr., 1911, Bd. XXXVII, S. 1.)

Schlutz. Albumin milk. (Eiweißmilch.) (Journ. Lancet, 1. April 1912.) Wachenheim (New York).

F. W. Schlutz. The pyrogenic action of lactose. (Die pyrogene Wirkung des Milchzuckers.) (Amer. Journ. of Obstetr. and Dis. of Women and Children, 1912, Bd. LXV, S. 373.)

R. Schoenberner. Zur Kenntnis der Mekoniumfermente. (Giselakinderspital München.) Dissert., München.

G. Schreiber. Les bouillés maltés. (Die Malzsuppen.) (Paris méd., 1912, S. 394.)

A. Semenoff. Über Pegnin. Beitrag zum Studium der künstlichen Säuglingsernährung. (Dissert., Zürich.)

Sill. Results obtained from the addition of lactalbumin to modified cow's milk in the feeding of infants. (Ergebnisse des Zusatzes von Laktalbumin zur Kuhmilch bei der Säuglingsernährung.) (New York Journ., 25. Mai 1912.)

G. Simacourbe. La question du lait propre dans les grandes villes et en particulier dans la ville du Hâvre. (Dissert., Paris.)

R. Simon. De quelques effets tardifs des modes d'allaitement. (Dissert., Paris.)

R. Simonini. Contributo allo studio dello sclerema dei neonati. (Boll. della Societa medico-chirurgica di Modena, 1910—1911.)

Smith. Choleraic diarrhoea (infantile). (Choleraähnlicher Durchfall der Säuglinge.) (Pediatrics, Mai 1912.)

E. B. Smith. A type of nervous vomiting in childhood. (Lancet, 1911, Bd. CLXXXI, S. 1769.)

R. Smith. Silver nitrate irrigations in the treatment of infectious diarrhea in infants. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. CLXIV, S. 298.)

Th. Solowjow. Die Wirkung von Eierstock- und Corpus luteum-Extrakten auf die Milchdrüse. (Russki Wratsch, 1912, Bd. XI, S. 466.)

M. J. Synnot. Summer diarrhea in infants and young children. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 989.)

G. Tolslanz. Über die Ausscheidung subkutan eingeführter NaCl-Lösungen und ihre Wirkung auf den N-Stoffwechsel. (Dissert., Halle.)

A. Tomey. Le sulfate d'hordénine dans le traitement des diarrhées infantiles. (Dissert., Toulouse.)

F. Toporski. Über angeborene Stenose des Pylorus bei Säuglingen infolge von Entwicklungsstörung des Darmkanals. (Stadtkrankenhaus Posen.) (Dissert., Leipzig.)

L. Trachtmann. Action de la salive sur le lait. (Dissert., Lausanne.)

L. Trolanowsky. Sur la digestion intestinale du lait. (Dissert., Lausanne.)

R. Tuteur. Über Kochsalzstoffwechsel und Kochsalzwirkung bei gesunden Menschen. (Med. Univ.-Poliklinik Marburg.) (Zeitschr. f. Biol., Bd. 53, H. 7, 8.) (Marburg.)

K. Uchiyama. Über Viskositätsbestimmungen der Milch und der gebräuchlichen Säuglingsnahrungen. (Säuglingsberatungsstelle und Milchküche München-Westend.) (Dissert., München.)

G. Variot und **P. Lavialle.** Etude du rayonnement calorifique chez les nourrissons dans ses rapports avec l'alimentation et l'accroissement, spécialement chez les atrophiques et les débiles. (La clin. infant., 1912, Bd. X, Nr. 7, S. 197, Nr. 8, S. 229.)

P. Vidal. Le melaena du nouveau-né. Thèse de Paris, 1911, Nr. 69.)

E. Vigor. Etude clinique de l'hypo-alimentation chez le nourrisson. (Dissert., Paris.)

Wallich et **Fruhinsholz.** Avenir éloigné du prématuré. (Ann. de gynécol. et d'obstétr., 1911, Bd. VIII, S. 625.)
Weill et **Gardère.** Sténose hypertrophique du pylore avec dilatation de l'estomac et de l'oesophage chez un nourrisson. (Lyon méd., 1911, Bd. CXVII, S. 90.)
E. Weill, A. Morel et **A. Policard.** Description des pigments d'origine biliaire contenus dans les selles de nourrissons. Technique de leur étude. (Lyon méd., 1911, Bd. CXVII, S. 190.)
E. Weill et **Mouriquand.** Recherches cliniques sur le lait albumineux. (Lyon méd., 1912, Bd. CXVIII, S. 200.)
J. W. Welch. Normal human blood-serum injections in melena neonatorum and other conditions. (The Therapeutic Gazette, Februar 1912.)
Weston. Infantile scorbutus. (Journ. South Carolina Med. Assoc., Februar 1912. Wachenheim (New York.)
Wiegner. Kolloidchemische Studien an der Milch. (Milchwirtschaftliches Zentralbl., 1911, Bd. VII, S. 534.)
Winslow. Raw cow's milk an unsafe food. (Gefährlichkeit der rohen Milch.) (Northwest Med., Juni 1912.) Wachenheim (New York).
J. H. Young. An analysis of one hundred and seventy-eight cases of infectious diarrhea in infants. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. CLXIV, S. 299.)
J. Zimmer. Über Kalkresorption im Tierkörper bei Verwendung von pasteurisierter und sterilisierter Milch. (Dissert., Straßburg.)
P. Zmudzinski. Über Temperatur und Gewichtsverhältnisse der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen. (Gebh.-Abt. d. Rud.-Virchow-Krankenh.) (Dissert., Berlin.)
F. Zoltowska. Mode de l'allaitement des nouveau-nés à la Maternité de Genève du 17 mai 1907 au 31 décembre 1909. (Dissert., Genf.)
S. G. Zwart. Beiträge zur Kenntnis und Physiologie der Milchdrüse des Rindes. (Dissert., Bern.)
Exploration de la fonction degistive. (Revue général. Archives de Médecine des enfants, 1912, Bd. XV, S. 531.)

Klinik der Kinderkrankheiten.

R. Abel. Erfolge und Mängel der Diphtheriebekämpfung. (Zentralbl. f. Bakteriol., Orig., 1912, Bd. LXIV, S. 229.)
H. Aboulker. Méningite consécutive à un évidement. — Faut-il ouvrir la fosse cérébelleuse dans les labyrinthes suppurées? (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 494.)
P. Abrami. Les ictères infectieux d'origine septicémique et l'infection descendante des voies biliaires. (Dissert., Paris.)
Henriette Abramowitch. L'ictère et le rôle du foie dans le syndrome vomissement à répétition de l'enfance. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 136.)
Accolas. L'anémie pernicieuse aplastique. (Gaz. des hôp., 1911, Bd. LXXXIV, S. 381.)
Ch. Achard und **Ch. Flandrin.** Fièvre typhoide chez un nourrisson. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 533. La pathol. infant., 1911, Bd. VIII, S. 169.)
J. Adam. Über einige Tuberkelbazillenfärbemethoden. (Dissert., Leipzig.)
Ager. Case of achondroplasia. (Fall von Achondroplasie.) (Amer. Med., Mai 1912.) Wachenheim (New York).
Mamerto Aguna und **F. Schweizer.** Epidemia de poliomyelitis aguda en Buenos-Aires. (Riv. de la Soc. med. Argentina, sept.-oct. 1911.)
M. Ahlendorf. Beitrag zu den bei dem Pruritus, den Erythemen und der Urticaria vorkommenden inneren Störungen mit besonderer Berücksichtigung des Gastrointestinalkanals. (Hauptabteilung der medizinischen Klinik.) (Dissert., Jena.)

Albin. Meningitis. (West Virginia Med. Journ., Mai 1912.)
Alex. T. I. Macdonald. A case of antenatal pneumonia. (The British Med. Journ., 11. nov. 1911.)
G. B. Allaria. A proposito di un caso di uremia scarlatinosa curato con la puntura lombare. (Gaz. degli osp. e delle Cliniche, 10. oct. 1911.)
— Della reazione di Wassermann dell' idrocefalo cronico interno. (Riv. di clin. pediatrica, 1911, Bd. IX, S. 807.)
W. Anderl. Beitrag zur Behandlung des Kretinismus. (Dissert., München.)
J. F. Anderson und **J. Goldberger.** The period of infectivity of the blood in measles. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1911, Bd. LVII, S. 113.)
E. Apert. Le diagnostic précoce de la rougeole. (La pathol. infant., 1911. Bd. VIII, S. 271.)
Ardin-Delteil und **M. Coudray.** Premiers cas de spondylite typhique observés en France. Un cas de spondylite typhique infantile. (Le progrès méd., 1911, Nr. 32, S. 385. La pathol. infant., 1911, Bd. VIII, S. 193.)
Armaillac. Leucome congénital quasi-total des deux cornées sur deux enfants de la même famille. (Angeborenes, fast vollständiges Leukom beider Hornhäute bei zwei Kindern derselben Familie.) (Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 53.)
D. Arnautovic. Die kongenitale Syphilis, ihre Erkennung und ihre Behandlung durch Salvarsan. (Dissert., München.)
E. Aschenheim. Über Beziehungen der Rachitis zu den hämatopoetischen Organen. II. Mitteilung. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. CV, S. 470.)
Aschman. Importance of early diagnosis in middle-ear disease in children. (Frühdiagnose der Mittelohrerkrankungen bei Kindern.) (West Virginia Med. Journ., Mai 1912.)
H. T. Ashby. The anaemia associated with rickets and gastro-intestinal disturbances, including splenic anaemia in children. (Die mit Rachitis und Verdauungsstörungen kombinierte Anämie einschließlich der Anaemia splenica dse Kindesalters.) (Practitioner, 1912, Bd. LXXXVIII, S. 675.)
Ch. Attenhofer. La tuberculine Béraneck dans les tuberculoses chirurgicales. (Dissert., Lausanne.)
M. L. Babonneix. Contribution à l'étude étiologique du syndrome de Little. (Beitrag zum Studium der Ätiologie des Littleschen Symptomenkomplexes.) (Gaz. des hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 522.)
L. Bacharach. Beitrag zur Kenntnis der Mittelohraffektionen bei Masern. (Dissert., Basel.)
L. Balland. Fréquence des trichocéphales et des oxyures dans le coecum. (Dissert., Paris.)
F. Balzer, Barcat et **Condat.** Naevi miliaires télangiectasiques symétriques de la face, variété du polyadénome télangiectasique de Pringle. (Soc. de dermatol. et de syphil., März 1912.)
G. Barbaux. Etude médico-psychologique sur le suicide chez les enfants. (Dissert., Paris.)
E. S. Barbe-Oberlin. Contribution à l'étude clinique des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses au début chez l'enfant. (Thèse de Paris, Nr. 16.)
P. Barthélemy. Conformation du thorax et modifications des bruits respiratoires chez les enfants qui ont de grosses hypertrophies cardiaques. (Dissert., Paris.)
Barral, Coulomb et **Couton.** Un cas de septicémie parameningococcique traité par le sérum antiparameningococcique. (Ein Fall von Parameningokokkensepsis, behandelt mit Antiparameningokokkenserum.) (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 829.)

L. Barre. Le coeur de l'enfant dans la scarlatine. Contribution à l'étude du coeur dans les maladies infectieuses. (Dissert., Paris.)
P. Bascoul. Hyperesthésies systématisées et troubles connexes dans la tuberculose pulmonaire. (Dissert., Paris.)
C. A. Basker. Meningitis following measles. (Lancet, 1911, Bd. CLXXXI. S. 499.)
L. Baumel. Lupus de la face chez un nourrisson. (Journ. des prat., 1912, Nr. 3, S. 33.)
E. Baumgarten. Heilung von Infiltrationen im Kindesalter nach akuten Infektionen. (Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 15.)
H. Becker. Beitrag zur Geschichte und Bibliographie der akuten und chronischen epidemischen Kinderlähmudg. (Dissert., Bonn.)
Bedford. Place of antitoxin and intubation in the treatment of diphtheria. (Heilserum und Intubation bei Diphtherie.) (Med. Amer., Mai 1912.) Wachenheim (New York).
Behrend. Über den Wert der Pirquetschen Kutanreaktion bei Kindern. (Dissert., Heidelberg.)
F. Beinaschewitsch. Über die Erhöhung der Wirkung narkotischer Medikamente durch Verteilung der Gesamtdosis. (Dissert., Bern.)
H. Beitzke. Über einen Fall von Erweichungsherden im Großhirn eines kongenital syphilitischen Säuglings. (Charitéannalen, 1911, Bd. XXXV, S. 382.)
R. Benard. Le foie scarlatineux. (Dissert., Paris.)
H. Bennecke. Über die Leukozytose bei Tetanus. (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXIV, S. 319.)
N. Berdichewsky. Anaphylaxie et tuberculine. (Dissert. Lausanne.)
Bergmann-Rosoff. Les réactions cutanées diathésiques chez le nourrisson. (Dissert., Paris.)
L. Bernard et **Maury.** Note sur une petite épidémie de poliomyélite avec symptomes méningés. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 155.)
Roberto Berro. Dos hermanos con sifilis hereditaria tardia à manifestaciones gomosas bucofaringeas, rebeldes al mercurio y al 606. (Rev. med. del Uruguay, avril 1911.)
Jane L. Berry et **Louisa P. Blackburn.** Comparative toxin production in diphtheria strains. (Vergleich der Toxinbildung bei verschiedenen Diphtheriekulturen.) (Journ. of infect. Dis., 1912, Bd. X, S. 404.)
M. de Biehler et **B. Korybut-Daskiewicz.** Contribution à l'étude de la diphtérie nasale chez l'enfant. (Arch. de méd. des enfants, 1911, Bd. XIV, S. 833.)
Billeter. Blutergelenke. (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XLII, S. 19.)
Pietro Binda. La miatonia congenita. (Gazz. med. italiana, 1912, Bd. LXIII, S. 4.)
Binswanger. Pathogenese und Therapie der Epilepsie und Hysterie. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1911, Bd. VIII, S. 509.)
— Über psychopathische Konstitution und Erziehung. (Rede zur akademischen Preisverteilung.) (Jena.)
E. Bizzozero. Sur l'urticaire pigmentaire, urticaria pigmentosa. (Ann. de dermatol. et de syphiligraphie, juillet 1911.)
F. Blanc. Contribution à l'étude de la latence des pleurésies chez l'enfant. (Dissert., Montpellier.)
R. W. Bliß. A study of the parathyroid glands with especial reference to infantile tetany. (Arch. of Pediatrics, nov. 1911.)
Wl. Blosen. Klinisches und Anatomisches über Worttaubheit. (Dissert., Halle.)
S. Blum. Grippe on the pacific coast. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 677.)
A. Bock. Beiträge zur Kenntnis der angeborenen Herzfehler. (Elisabethkrankenhaus, Aachen.) (Gießen.)

Bodenstab. Acute lymphatic leukemia. (Akute lymphatische Leukämie.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 30. März 1912.)
Bericht über 3 Fälle bei Kindern von 10 bis 16 Jahren.
Wachenheim (New York).

Th. Bodenstein. Ein Beitrag zur Kenntnis der Struma congenita. (Dissert., Kiel.)

Van der Bogert. An epidemic of throat infection with glandular enlargement. (Epidemie von Racheninfektion mit Drüsenschwellung.) (Arch. of Pediatrics, Mai 1912.)

Boldt. Über einen Fall von amyotrophischer Lateralsklerose im Kindesalter. (Med. Klinik, 1911, Bd. VII, S. 1773.)

A. Bonnafoux. Les syndromes choréiques d'origine méningo-corticale. (Dissert., Montpellier.)

H. E. M. Bonnaire. Quelques considérations sur l'infection après les maladies contagieuses. (Dissert., Lille.)

W. Bookewitsch. Scharlach und Erysipel. (Dissert., Berlin.)

L. Borchardt. Zerebrale Kinderlähmung und Intelligenz. (Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, 1911, Bd. IV, S. 39.)

W. Bormann. Ist die Frühreife der Haustiere eine Degenerationserscheinung (kretinistischer, kretinoider oder anderer Art) oder ist sie ein normaler Zustand hochgezüchteter Rassen? (Dissert., Bern.)

Bouché. Un cas de méningite cérébrale à méningocoque de Weichselbaum. (Journ. méd. de Bruxelles, 1911, Bd. XVI, S. 483.)

L. E. Bregman. Zum Verhalten der Sehnenreflexe bei Cholera minor. (Neurol. Zentralbl., 1911, Bd. XXX, S. 1298.)

Brelet. La fièvre typhique des nourrissons. (Gaz. des hôp., 1911, Bd. LXXXIV, S. 2040.)

E. Brize. Les chorées persistantes. (Dissert., Montpellier.)

W. Brodmann. Ein Beitrag zur Behandlung der Spina bifida. (Beiträge z. klin. Chir., 1911, Bd. LXXVI, S. 297.)

F. Bronstein. Taubstummenuntersuchungen in der Anstalt Münchenbuchsee. (Dissert., Bern.)

A. Bruch. Myxoedème chez un enfant de quatre mois. (La Tunisie méd., 15. juin 1911.)

H. Brüning. Zur Kenntnis des Cineols mit besonderer Berücksichtigung seiner Eigenschaft als Antiascaridiacum bei Kindern. (Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Therap., 1912, Bd. XI, S. 155.)

L. Bruyant. Contribution à l'étude clinique et expérimentale des réactions cutanées dans les maladies infectieuses. (Dissert., Lille.)

Buddy. Case of pulmonary tuberculosis with cavity formation in infant aged 3 months. (Lungentuberkulose mit Höhlenbildung bei einem 3monatlichen Kinde.) (Journ. Missouri State Med. Assoc., März 1912.)

J. Burfield and **A. J. Cleveland.** A case of acute purulent arthritis in a child of ten months, with radiograph. (Ein Fall von eitriger Gelenkentzündung bei einem Kinde von 10 Monaten, mit Röntgenogramm.) (British Journ. of. Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 17.)

M. Bürger. Über Herzfleischveränderungen bei Diphtherie. (Dissert., Würzburg.)

Burr. Congenital aphasie. (Pediatrics, März 1912.)

Cr. Burrows. Eearly cardiac paralysis and hemiplegia in diphtheria. (British Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. VIII, S. 311.)

Buschke. Klinische und experimentelle Beobachtung über Alopecia. (Hypotrichosis congenita.) (Arch. f. Dermatol. u. Syph., 1911, Bd. CVIII, S. 27.)

Z. Bychowski. Zur Kasuistik der heredofamiliären Splenomegalie. (Wiener klin. Wochschr., 1911, Bd. XXIV, S. 1518.)

U. Calcaterra. Sieroterapia e paralisi post-difteriche, con speciale riguardo alla sieroterapia endorachidea. (Serotherapie und postdiphtherische Lähmungen, mit besonderer Berücksichtigung der intraspinalen Serotherapie.) (Rivista di clinica pediatrica, 1912, Bd. X, S. 265.)

Calmette, Grysez et **Letulle.** Fréquence relative de l'infection bacillaire et de la tuberculose aux différents âges de la vie. (La Presse méd., 1911, Bd. XIX, S. 650.)

M. Caplan. Les complications cutanées dans la varicelle avant et aprés l'emploi du linge stérilisé. (Dissert., Lyon.)

Carles. Sur quelques cas de petite insuffisance thyreoidienne. (Journ. de méd. de Bordeaux, 1911, Bd. XLI, S. 757.)

R. Cartault. Contribution à l'étude de l'hypertrophie mammaire de la puberté. (Dissert., Toulouse.)

J. Cassel. Morbilli sine exanthemate. (Dissert., Freiburg i. B.)

A. Casses. Considérations pratiques sur les formes malignes de la diphthérie. (Dissert., Paris.)

E. Cassoute. Paralysie tardive mortelle dans un cas de diphthérie non traitée. (La Pédiatrie partique, 1911, Nr. 28, S. 491.)

Castaigne. Les insufficances surrénales dans les maladies infectieuses aigues. (Ausfall der Nebennierentätigkeit bei akuten Infektionen.) (Bulletin médical, 17. Febuar 1912.)

J. Catanei. Contribution à l'étude de l'hystérie et de l'épilepsie chez l'enfant. (Dissert., Montpellier.)

Cattaneo. Le nevrosi del tubo digerente nella infanzia. (Rivista di clinica pediatrica, 1911, Bd. IX, S. 763.)

S. R. Cattin and **D. W. Day.** Successful use of the staphylococcus spray on diphtheria carriers. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1911, Bd. LVII, S. 1452.)

P. N. Cave. Some properties of Hofmann's bacillus and the question of its relationship to the diphtheria bacillus. (Einige Eigenschaften des Pseudodiphtheriebazillus und die Frage seiner Beziehung zum Diphtheriebazillus.) (1912, Bd. XVI, S. 466.)

J. Celichowska. Des ectopies et luxations congénitales du cristallin. (Dissert., Genf.)

Léon Cerf. Angine diphtérique chez un enfant de cinq mois. Contagion et porteurs de germes. (L'Anjou méd., 1911, Nr. 12, S. 283.)

L. Chalard. Contribution à l'étude de l'épidémiologie de la méningite cérébrospinale épidémique. (Dissert., Paris.)

A. Chapuis. Iconographie de l'exploration du genou tuberculeux chez l'enfant. (Dissert., Paris.)

R. Charbonnel. Des vulgo-vaginites chez la petite fille, leur traitement. (Dissert., Montpellier.)

J. R. Charles. A case of myatonia congenita. (Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 7.)

E. Chazrewin. Klinische Studien über den Gelenkrheumatismus. (Dissert., Zürich.)

G. Chemin. Maladie d'Addison chez l'enfant. (Dissert., Paris.)

W. F. Cheney. Leukemia in childhood. (Amer. Journ. of the Med. Sciences, 1912, Bd. CXLIII, S. 22.)

Clary. Measles (Masern.) (Journ. Kansas City Med. Soc., April 1912.)

Clavigny. Névrite périphérique consécutive à la scarlatine. (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1911, Bd. XXVIII, S. 332.)

E. Clos. Des séquelles psychiques de la méningite cérébro-spinale. (Dissert., Paris.)

E. A. Cockayne. Disease in homogeneous twins. (Brit. Journ. of Child. Diseases, 1911, Bd. VIII, S. 487.)

Cockrell. Scarlet fever. (Scharlachfieber.) (Kentucky Med. Journ., 1. Juni 1912.) Wachenheim (New York).

J. Colgnat. Contribution à l'étude des effects de la dentition. (Dissert., Montpellier.)

Colcord. Diphtheria epidemics and public schools. (Diphtherieepidemien und die Schule.) (Amer. Med., Mai 1912.) Wachenheim (New York).

H. Collen. La température et le pouls dans la fièvre typhoide de l'enfant. (Dissert., Paris.)

André Collin. Contribution à l'étude de l'énurésie dite essentielle. Le type infantile prolongé. La forme digestive. La forme émotive. Importance des modifications du sommeil dans tous ces cas. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 136.)

Combe. La réaction de Mantoux en clinique infantile. (Revue méd. de la Suisse Romande, März 1912.)

Comby. Un cas de livedo. (La Pédiatrie prat., 1912, Nr. 7, S. 121.)

Julius H. Comroe. Macroglossia report of a case. (The Cleveland med. Journ., September 1911.)

A. Conor et **A. Bruch.** Un cas de blastomycose humaine observé en Tunisie. (Bull. de la Soc. de path. exotique, 1911, Nr. 6, S. 366.)

P. Conti. Contributo alla conoscenza della malattia di Kahler. (La Clin. med. ital., 1911, Bd. L, S. 397.)

P. L. Couchoud. L'asthénie primitive. (Dissert., Paris.)

Courmont et **Rochaix.** Immunisation contre l'infection éberthienne expérimentale par voie intestinale, chez le lapin. (Journ. of Physiol. et de la Pathol. génér., 1911, Bd. XIII, S. 942.)

E. B. Mc Cready. The care of the exceptionel child. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 508.)

T. Mc Cririk. Purpura fulminans as a sequela of scarlet fever. (Purpura fulminans im Gefolge von Skarlatina.) (Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 154.)

G. di Crisftina. Sopra un caso di anemia perniciosa progressiva in un lattante. (La Pediatria, Dezember 1911.)

F. G. Crookshank. The management of cardiac failure in diphtheria. (Die Behandlung kardialer Störungen bei Diphtherie.) (Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2673, S. 669.)

G. F. Cross. Acute anterior poliomyelitis in South-West-Norfolk. (Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2674, S. 721.)

R. Cruchet. Les convulsions de l'enfance et l'épilepsie infantile. (Kinderkrämpfe und kindliche Epilepsie.) (Gaz. des hôp., 1912. Bd. CXXXV, S. 375.)

R. Curet. Du traitement de l'incontinence d'urine infantile dite essentielle par les injections épidurales de sérum artificiel. (Dissert., Bordeaux.)

D. W. Currie and **E. Bramwell.** A local epidemic of acute poliomyelitis. (Edinburgh Med. Journ. N. S., 1911, Bd. VII, S. 315.)

P. Daumas. Bromisme cutané. Eruptions bromiques végétantes chez l'enfant. Toxicodermie papillomateuse. (Dissert., Montpellier.)

L. Daure. Contribution à l'étude de la diphthérie spasmogène. (Dissert., Bordeaux.)

Trevor Berwin Davies. A case of cranio-spinal meningitis, with right-sided hydrocephalus simulating intracranial tumour. (The British Med. Journ., Februar 1912.)

André Debègue. Des dents à la naissance. (Thèse de Paris, 1911. Nr. 371.)

Decanosoff. De l'aphasie chez les enfants. (Dissert., Lausanne.)

F. Delabrousse. La „cure libre" de la tuberculose pulmonaire. (Dissert., Paris.)

J. Delannoy. Etiologie, pathogénie et anatomie pathologique du rachitisme. Revue générale. (Dissert., Paris.)

A. Delcourt. Le diagnostic de la coqueluche fruste par la réaction de Bordet-Gengou. (Die Diagnose des atypischen Keuchhustens durch die Bordet-Gengousche Reaktion.) (La Pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 1.)

Délégarde et **Boon.** Les dangers des opiacés chez les jeunes enfants. (Die Gefahren der Opiumderivate bei Kindern.) (Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 224.)

Delfosse. Leucémie myéloïde chez le nourrisson. (La Pédiatrie prat., 1911, Nr. 31, S. 538.)

Jean Delma. La ponction lombaire chez le nouveau-né. (Le progrès méd., 1912, Bd. VII, S. 88.)

P. Despèries. De la dilatation bronchique chez les jeunes. (Dissert., Montpellier.)

E. Devaux. Valeur pratique de l'écriture droite et de l'écriture penchée dans les écoles primaires. (Dissert., Montpellier.)

Dickey. Strabismus in children. (Strabismus bei Kindern.) (West Virginia Med. Journ., Mai 1912.)
Wachenheim (New York).

Diefendorf. Mental symptoms of acute chorea. (Psychische Symptome bei akuter Chorea.) (Journ. Nerv. and Mental Dis., März 1912.)

A. Dietz. Verhalten der Reflexe bei Nephritis und Urämie. (Dissert., München.)

M. Dirks. Über Beeinflussung der diabetischen Azidose. (Dissert., Münchehn.)

E. Döbell. Zur Ätiologie und Pathologie des Keuchhustens. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XLII, S. 113.)

W. A. N. Dorland. Intra-uterine ophthalmia neonatorum. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1911, Bd. LVII, S. 1285.)

Downing. Mental hygiene and the special child. (Geistige Hygiene abnormaler Kinder.) (Boston Med. and Surg. Journ., 18. April 1912.)

G. Draper and **F. W. Peabody.** A study of the cerebrospinal fluid and blood in acute poliomyelitis. (Zerebrospinalflüssigkeit und Blut bei Poliomyelitis acuta.) (Amer. Journ. of diseases of children, 1912, Bd. III, S. 153.)

M. Ducamp. Traitement des angines non diphtériques par le sérum antidiphtérique. (Dissert., Lille.)

D. Duckworth. Three cases of congenital heart disease. (Lancet, 1911, Bd. CLXXXI, S. 876.)

Dyce Duckworth. The morbid diatheses, with especial reference to the arthritic, or so-called rheumatic, habit of body. (Über die Krankheitsbereitschaften mit besonderer Beziehung zur arthritischen oder sogenannten rheumatischen Konstitution.) (Practitioner, 1912, Bd. LXXXVIII, S. 1.)

Ducrotoy. Contribution à l'étude des hémorragies du système nerveux central des nouveau-nés causées par le forceps. (Dissert., Paris.)

R. J. J. Dumas. Contribution à l'étude de la paralysie infantile épidémique (maladie de Heine-Médin.) (Dissert., Toulouse.)

R. Dupérié. Sur un cas d'endocardite infectieuse à évolution prolongée chez un enfant de huit ans. (Gaz. hebd. de sciences méd. de Bordeaux, 1911, Nr. 52, S. 615.)

Durante. Myosite congénitale du sterno-mastoidien. (Comptes rendus de la société d'obstétrique de Paris, 1911, Bd. XIV, S. 364.)

— Quatre cas d'hémorrhagie mortelle non traumatique du foie avec inondation péritonéale chez le nouveau-né. (Bull. de la société d'obstétrique de Paris, 1911, Bd. XIV, S. 354.)

Durham. Diphtheria. (Kentucky Med. Journ., 1. Juni 1912.)

M. Durif. Contribution à l'étude des végétations adénoides chez les nourissons. (Dissert., Lyon.)

A. Dutoit. Klinische Beobachtung von sechs Fällen von Neuritis optica infectiosa bei Masern, bei Scharlach, bei Typhus abdominales und bei Influenza. (Arch. f. Augenheilk., 1912, Bd. LXXI, S. 1.

M. G. Duval. Contribution à la tuberculine chez l'enfant et le nourrisson. (Dissert., Montpellier.)

M. Duvoir. Étude sur la variolo-vaccine. (Dissert., Paris.)

Dyer. Rheumatism in children of Vancouver and district. (Rheumatismus bei Kindern in Vancouver und Umgebung.) (Canadian Med. Assoc. Journ., Juni 1912.) Wachenheim (New York).

V. Dylnitz. Contribution à l'étude de l'asystolie progressive des jeunes sujets par myocardite subaigue primitive (Dissert., Genf.)

Percival J. Eaton and **E. B. Woods.** Report of a case of diabetes mellitus in a child under one year of age. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 905.)

F. H. Edgeworth. General subcutaneous non-renal oedema as a familial affection. (Lancett, 22. juillet 1911.)

— On the occurrence of general subcutaneous non-renal oedema as a familial affection. (Lancet 1911, Bd. CLXXXI, S. 216.)

Grete Ehrenberg. Schutz gegen Tuberkulose im Kindesalter. (Zeitschr. f. Krankenpflege, 1911, Bd. XXXIII, S. 271.)

K. Ellers. Die Bedeutung der v. Pirquetschen kutanen Tuberkulinprobe bei Fällen von exsudativer Diathese und über das Vorkommen von exsudativen Erscheinungen bei tuberkulösen Kindern. (Dissert., Göttingen.)

R. Einhorn. Bericht über 30 Tetanusfälle. (Dissert., Straßburg.)

F. Elina. Recherches sur le sérum précipitant. (Dissert., Lausanne.)

G. Elmiger. Über Varizellen. (Dissert., Zürich.)

H. Elsner. Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Ursachen der Intoxikationserscheinungen nach Atropinanwendung bei augenkranken Kindern. (Dissert., Basel.)

Emberg. Über Spasmophilie. (Zentralbl. f. d. ges.Therapie, 1912, Bd. XXX, S. 113.)

Ad. d'Espine. La Pneumonie lobaire de la première enfance. (La clin. infant., 1912, Bd. X, Bd. 105.)

A. d'Espine et **H. Mallet.** Un cas de thrombose dans la diphtérie. (Rev. méd. de la Suisse Romande, 20. janv. 1912.)

A. Evrard. Contribution à l'étude de l'intoxication des nourrissons par les têtes de pavot. (Dissert., Lille.)

A. Falk. Über die Wirkung der Stauung auf die lokalen Tuberkulinreaktionen und die lokalen tuberkulösen Prozesse nebst einem Versuche zur Erklärung derselben. (Dissert., München.)

Ch. Fallot. Le problème actuel de la tuberculine dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. (Dissert., Paris.)

W. Fatianoff. Zur Statistik und Ätiologie der Herzklappenfehler. (Dissert., Basel.)

E. Feer. Das Ekzem mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. (Ergebnisse d. inneren Med. u. Kinderheilk., 1912, Bd. VIII, S. 316.)

K. Feulner. Über die präventive Behandlung der Augeneiterung der Neugeborenen mit Berücksichtigung der neuen Mittel, besonders des Sophols. (Dissert., München.)

Findley. Gonorrhea in children. (Gonorrhoe bei Kindern.) (Western Med. Review, April 1912.) W a c h e n h e i m (New York).

A. C. D. Firth. Enuresis and thyroid extract. (Lancet, 1911, Bd. CLXXXI, S. 1619.)

Martin Fischer. Über Maul- und Klauenseuche. (Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 14.)

R. Fischl. Über experimentelle Erzeugung von Albuminurie und Hervorrufung von Nephritis bei Tieren auf mechanischem, unblutigem Wege. (Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Therapie, 1911, Bd. IX, S. 317.)

K. Flessa. Über gehäuftes Auftreten von akut entzündlichen Herzerkrankungen im Kindesalter. (Dissert., München, 1912, 24 S.) (Rudolf Müller & Steinicke.)

S. Flexner. Influenzal meningitis and its serum treatment. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1911, Bd. LVII, S. 16.)

D. Flexner. The control of epidemic poliomyelitis. (Amer. Journ. of Dis. of Child., 1911, Bd. II, S. 96.)

D. Forbes and **H. P. Newsholme.** Membranous rhinitis, its relation to diphtheria and its treatment by autogenous vaccine. (Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 292.)

M. Foucault. Les troubles cardio-vasculaires dans les néphrites aigues de l'enfance. (Dissert., Paris.)

Fouchet. Hémophilies mortelles. Quatre observations personnelles. (Journ. des Praticiens, 1912, Nr. 11, S. 166.)
M. François. Contribution à l'étude de la diminution du murmure vésiculaire aux sommets. (Dissert., Paris.)
F. Frank. Kasuistische Beiträge zur Mors thymica. (Dissert., Zürich.)
R. Frankenberg. Über hereditären Nystagmus. (Dissert., Göttingen.)
K. Frankhauser. Geschwisterpsychosen. (Dissert., Straßburg.)
P. Frèze. Le traitement des tuberculoses urinaires par la tuberculine. (Dissert., Paris.)
A. Fritschi. Über die Behandlung der Komplikationen des Scharlachs mit polyvalentem Antistreptokokkenserum. (Dissert., Zürich.)
Fröschels. Über die Gründe der Hör- und Sprachstörungen beim Kretinismus nebst Bemerkungen über die Grenzen der Schilddrüsenbehandlung. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. usw., 1911, Bd. XLV, S. 538.)
F. Fuchs. Ein Beitrag zur Lehre der Osteogenesis imperfecta. (Virchows Arch., 1912, Bd. CCVII, S. 75.)
F. Fulpius. Les variations de la formule leucocytaire chez les tuberculeux. (Dissert., Genf.)
Vincenzo Fusco. La malaria nell' infanzia. (Die Malaria in der Kindheit.) (Policlinico Sez. prat., 1912, Bd. XIX, S. 261.)
K. Fuyinami. Pylorospasmus, Hypersekretion, Motilitätsstörung. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. CV, S. 449.)
E. Gagnoni. La malaria nei bambini. Considerazioni sull' azione della chinina in raporto al concetto dell' organotropismo e parassitotropismo di alcuni medicamenti. (Die Malaria der Kinder. Betrachtungen über die Chininwirkung in Beziehung zum Organotropismus und Parasitotropismus einiger Medikamente.) (Rivista di clinica pediatrica, 1912, Bd. X, S. 358.)
A. Galceran Gaspar. Angeborene Blindheit. (La Medicina de los Ninos, 1911, Bd. XII, S. 71.)
A. Galliot. Notes sur le traitement des albuminuries de l'enfance. (Thèse de Paris, 1911.)
Ch. Garin. L'éntèrite trichocéphalienne. (Dissert., Lyon.)
— Un nouveau cas d'entérite trichocéphalienne; Guérison par le traitement thymolé. (Lyon méd., 1912, Bd. CXVIII, S. 70.)
G. Garzia. Bromuro di sodio e spasmofilia. (Bromnatrium und Spasmophilie.) (Rivista di clinica pediatrica, 1912, Bd. X, S. 139.)
Gaucher, Gougerot et **Guggenheim.** Syphilis acquise contractée par des sujets ayents présenté des accidents d'hérédo-syphilis tertiaire. (Bull. de la Soc. de Derm. et de Syphil., 1911, S. 149.)
E. Gaujoux. Conséquences obstétricales des viciations pelviennes consécutives à la paralysie infantile. (Dissert., Montpellier.)
— Les aphthes chez l'enfant. (Die aphthösen Munderkrankungen des Kindes.) (Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 1.)
E. L. Gautier. La diphtérie à l'hôpital Trousseau en 1909. (Dissert., Paris.)
A. Gazeau. Rougeole et tuberculose. Réactions tuberculiniques. (Dissert., Paris.)
M. Gelbart. Über den Einfluß der Digitalis auf frisch entstandene Klappenfehler. (Dissert., Basel.)
V. Georgiewsky. Contribution à l'étude de l'oedème infectieux du nourrisson. (Dissert., Montpellier.)
E. Gheorghin. Recherches critiques sur la mort apparente. (Dissert., Paris.)
R. Ghys. Etude de la réaction de Meyer dans les cas de néphrite scarlatineuse. (Dissert., Paris.)
A. Giannelli. Beitrag zum Studium der hereditären Lues. (Friedreichsches Syndrom.) (Monatsschr. f. Psychol., 1911, Bd. XXX, S. 32.)
V. Gielczynski. Über einen Fall von Emphysema pleurale, mediastinale und subcutaneum im Verlaufe einer Bronchopneumonie beim Säugling. (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Bd. XXV, S. 959.)

Gierlich. Über Form und Wesen der infantilen hemiplegischen Lähmung. (Vortrag, gehalten auf der Versammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte, Baden-Baden, 1912.)

E. Ginsburg. Beobachtungen über 100 Fälle kruppöser Pneumonie an der medizinischen Klinik zu Straßburg. (Dissert., Straßburg.)

M. Gioseffi. La paralisi infantile nella nostra regione adriatica. Venni clinico-statistici. (Rivista di clinica, pediatrica, 1911, Bd. IX, S. 640.)

A. Girard. Du traitement des laryngites graves de la rougeole chez l'enfant. (Dissert., Paris.)

Wilh. Glaser. Zur Kasuistik der Ichthyosis congenita (Keratoma diffusum universale Kyber.) (Dissert., Straßburg.)

J. Goldberger and **J. F. Anderson.** The nature of the virus of measles. (Journ. of the Amer. Assoc., 1911, Bd. CVII, S. 971.)

L. Gordon. The blood pressure in cases of acute nephritis in children. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 343.)

H. Gordon-Salkind. Über Gonorrhöe bei Kindern. (Dissert., Zürich.)

E. Gorovenko. La fièvre de Malte chez l'enfant. (Dissert., Montpellier.)

A. M. Gossage. Rheumatism in children. (Der Rheumatismus der Kinder.) (Practitioner, 1912, Bd. LXXXVIII, S. 82.)

A. Gottstein. Zur Epidemiologie der Diphtherie mit besonderer Berücksichtigung der Schule. (Vierteljahrschrift f. gerichtl. Med., 1912, Bd. XLIII, S. 136.)

H. Gougerot et **G. Laroche.** Étiologie et pathogénie des tuberculides cutanées. Les tuberculides expérimentales. (Gaz. des hôp., 1912, Bd. CXXXV, S. 141.)

S. Gouleff. Etude sur la maladie sérique des séro-anaphylactisés. (Dissert., Lausanne.)

H. Gouralska. Les éruptions sériques et le chlorure de calcium. (Dissert., Paris.)

J. P. Mc Gowan and **W. M. Taylor.** On an epidemic conjunctivitis associated with the prevence of a gram-positive diplococcus resembling, but distinct from, the pneumococcus. (Lancet, 1911, Bd. CLXXXI, S. 1324.)

C. Grabow. Über 8 Fälle von Tetanie im Kindesalter. (Dissert., Kiel.)

E. Grabs., Über Meningitis serosa. (Dissert., Leipzig.)

H. Gradl. Die Perkussion der Lungenspitzen nach Goldscheider. (Dissert., München.)

E. Grahaud. Le syndrome hypophysaire adiposo-génital. (Dissert., Paris.)

S. v. Gratkowski. Vergleiche der Sophol-Prophylaxe gegen die Ophthalmoblenorrhöe der Neugeborenen mit anderen konkurrierenden Verfahren. (Dissert., Breslau.)

J. F. N. Graveline. La cinésithérapie et les paralysies de l'enfance. (Dissert., Paris.)

E. Greaves Fearnsides. Telangiestases in children, in association with wasting and potractes diarrhoea. (Brit. Journ. of Dermatol., 1912, Bd. XXIV, S. 35.)

Alexander Gregor and **Leonhard.** Clinical observations on an epidemic of acute poliomyelitis in Cornwall. (The Brit. Med. Journ., 4. November 1911.)

L. Grisen. Wurden bei Tuberkulösen, welche zu therapeutischen Zwecken Tuberkulin erhalten hatten, Änderungen im Auftreten der Pirquetschen Reaktion beobachtet? Sind daraus Schlüsse für eine erfolgreiche Tuberkulinkur zu ziehen? (Dissert., Bonn.)

A. de Groot. Over diphtherie en bacildragers. (Über Diphtherie und Bazillenträger.) (Niederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 1912, Bd. I, S. 506.)

Joseph Grosgeorge. La poliomyélite épidémique en Anjou. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 259, S. 92.)

G. F. Gross. Acute anterior poliomyelitis in South-West Norfolk. (The Brit. Med. Journ., März 1912.)
O. Grumbach. Über die im Anschluß an Parotitis epidemica auftretenden Erkrankungen des Auges. (Dissert., Heidelberg.)
B. Grünfelder. Magengeschwüre durch Kali-chloricum-Vergiftung. (Dissert., München.)
G. Guédeney. Albuminurie et cyanose orthostatiques. (Dissert., Paris.)
G. Guerrini. Sur la prétendue toxicité des ascarides. (Archives italiennes de biologie, 1911, Bd. LV, 283.)
P. Guerrieri. Contribution à l'étude de l'eczèma généralisé érythrodermique. (Dissert., Montpellier.)
Paul Guibal. La tuberculose péritonéale aigue; son traitement chirurgical. (Bull. méd., 1912, Nr. 26, S. 329.)
M. Guinon. Ictère paratyphique. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 213.)
Guinon et Gendron. Ictère infectieux à rechute précédant une infection typhoide anormale. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 213.)
L. Guinon et L. G. Simon. Un cas de méningite à pneumobacilles. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 212.)
M. Guischard. Statistisches und Klinisches über Augenverletzungen bei Kindern. (Dissert., Rostock.)
M. Gukow. Zur Frage der Schutzimpfungen gegen Scharlach. (Wratschebn. Gazeta, 1912, Bd. XIX, S. 512.)
H. Günther. Über einen Fall von Leberzirrhose beim Erwachsenen auf Grund kongenitaler Lues. (Dissert., Bonn, 1912, 30 S. Emil Eisele.)
Gg. Heidsieck. Nachweis des Soorpilzes in diphtherieverdächtigen Rachenabstrichen. Besonderes Wachstum eines Soorstammes. (Dissert., Kiel.)
Heimann. Zur Lehre des Icterus neonatorum. (Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie, 1911, Bd. LXIX, S. 165.)
H. Heizer. Ein Fall von Asthma bronchiale bei einem zweijährigen Kinde. (Dissert., München.)
L. Hektoen and H. E. Eggers. Experimental measels in the monkey with special reference to the leukocytes. (Journ. of the Amer. Assoc., 1911, Bd. CVII, S. 1833.)
L. Hektoen and G. H. Weaver. Experiments on the tranmission of scarlet fever to monkeys. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1911, Bd. CVI, S. 1795.)
Hellendall. Weitere Erfahrungen mit meiner Methode der Credéisierung. (Zentralbl. f. Gynäkol., 1911, Bd. XXXV, S. 1453.)
Hugo Hempel. Rhino-Laryngologie des Kindes. Sammelreferat. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. II, S. 1.)
P. Hendel. Über die Impfschädigungen des Auges. (Dissert., Rostock.)
A. Henning. Über das chronische Trophödem im Anschluß an einen beobachteten Fall. (Dissert., Heidelberg.)
G. Hepner. Über die eitrigen Erkrankungen der Harnwege bei männlichen Säuglingen. (Dissert., Kiel.)
W. Herdener. Beiträge zu den angeborenen Fehlern der linken Herzhälfte. (Dissert., Basel.)
Fr. Hernaman-Johnson. Surgery and electro-therapeutics in infantile paralysis: an attempt to definite the sphere of each. (Brit. Journ. of Childr. Dis., 1911, Bd. VIII, S. 539.)
C. Hertha. Beitrag zur Kenntnis der Ziegentuberkulose. (Dissert., Bern.)
Morton Hervitt. On acute poliomyelitis (Heine-Medins disease). (Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2674, S. 719.)
O. Heubner. Pathologisches in Veranlagung und Entwicklung des Kindes. Berlin (Rektoratsrede).

Hill. Diagnosis of pneumonia in infancy (Diagnose der Pneumonie bei Säuglingen.) (Journ. Tennessee State Med. Assoc., März 1912.)
H. K. Hill. Spasmus nutans with the report of 4 cases. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 974.)
O. Hinrichsen. Beitrag zur Kenntnis des epileptischen Irreseins. (Hab.-Schrift, Basel.)
A. Hintze. Untersuchungen über den Nachweis von intravenös eingeführtem artfremdem Eiweiß in der Blutbahn des Kaninchens mittels Präzipitation, Komplementbindung und Anaphylaxie. (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Bd. VI, H. 1.)
W. Hintze. Über mongoloide Idiotie. (Dissert., Leipzig.)
W. Hirokawa. Über einen Fall von Prolaps der Harnblase bei Pertussis. (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1911, Bd. CVIII, S. 575.)
C. Hirsch. Über die Behandlung des Nabelschnurrestes. (Univ.-Frauenklinik, Freiburg i. Breisgau.)
Hirschfeld. Treatment of meningitis. (Behandlung der Meningitis.) (Journ. Oklahoma State Med. Assoc., Mai 1912.)
Wachenheim (New York).
P. Holländern. Démence précoce infantile. (Dissert., Genf.)
R. Hollmann. Über den Verlauf von Tuberkulinreaktionen bei Tag und bei Nacht. (Dissert., Leipzig.)
G. Holmgren. On otitis media perforativa vid scarlatina. (Über Otitis media perforativa bei Skarlatina.) (Hygiea. 1912, Bd. LXXIV, S. 274.)
Hoyt. Broncho-pneumoia in children. (Bronchopneumonie bei Kindern.) (New York State Journ. of Med., April 1912.)
Wachenheim (New York).
Huber. Empyema in infants. (Empyem bei Säuglingen.) (Pediatrics, April 1912.) Wachenheim (New York).
Francis Huber. Drainage tube in pleural cavity, removed with aid of fluoroscopic screen. (Arch. of Pediatrics, Dec. 1912.)
L. Huismans. Varizellen und ihre Komplikationen. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1911, Bd. VIII, S. 687.)
J. Husler. Zur Kenntnis der lingua geographica im frühen Kindesalter. (Dissert., München.)
V. Hutinel. Les oreillons et leurs complications. (La Pathol. infant., 1911, Bd. VIII, S. 105.)
— Erythèmes avec syndrome malin dans les maldies infectieuses. (Erytheme malignen Charakters im Verlaufe akuter Infektionskrankheiten.) (Ann. de Méd. et Chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 193. La Presse méd', 1912, Bd. XX, S. 213.)
V. Hutinel et L. Babonneix. La maladie de Little. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 625.)
V. Hutinel et L. Tixier. La tuberculose latente des nourrissons, son diagnostic. (Rev. de la tuberculose, April 1912.)
E. G. Hynes. The use of the Flexner serum in cerebrospinal meningitis. (Die Anwendung des Flexnerschen Serums bei der zerebrospinalen Meningitis.) (Amer. Journ. of Obstetr. and Dis. of Women and Childr., 1912, Bd. LXV, S. 903.)
S. V. Haas. Acute glandular fever in children. (Das „Drüsenfieber" im Kindesalter.) (Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. III, S. 242.)
G. Haguet. Les hémorragies sous-dure-mèriennes spontanées chez l'enfant. (Dissert., Paris.)
B. Hahn. Die Prognose der offenen Tuberkulose im Kindesalter. (Dissert., Berlin.)
Richard Hahn. Über fötale und infantile Nierensyphilis. Zusammenfassendes Referat. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. II, S. 161.)
A. Halipré. Mort subite chez un enfant par ouverture d'une caverne ganglionaire dans la trachée. Influence d'un pneumothorax accidentel sur l'évolution d'une tuberculese pulmonaire. (Rev. méd. de Normandie, 10 déc. 1911.)
— Athétose double. (Rev. méd. de Normandie, 10. déc. 1911.)

A. Halipré. Hémophilie et métrorragies graves chez une fillette. (La péd. prat., 1911, Nr. 31, S. 541.)
A. Halisch. Zur Frage der Versorgung stickhustenkranker Kinder. (Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 488.)
Hall. Status lymphaticus. (St. Paul Med. Journ., April 1912)
— Cerebrospinal meningitis caused by acid in blood. (Zerebrospinalmeningitis durch Säure im Blute verursacht.) (Boston Med. and Surg. Journ., 2. Mai 1912.) Wachenheim (New York).
Sh. Hanashima. Beitrag zur Moroschen Tuberkulinreaktion im Kindesalter, speziell vom 3. bis 10. Lebensjahr. (Dissert., München.)
A. Hand. The use of intestinal antiseptics in childhood. (Die Verwendung von Darmantisepsis im Kindesalter.) (Arch. of Pediatrics, Bd. XXIX, S. 84.)
O. J. B. Harlez. Données récentes sur les poliomyélites aigues ou paralysies spinales épidémiques. (Dissert., Lille.)
H. Haerodt. Untersuchungen über den diagnostischen Wert der Tuberkulinhautimpfung. (Dissert, Halle.)
E. H. R. Harries. A note on some cases of grouped comedones ininfants. (British Journ. of Dermatol., 1911, Bd. XXIII, S. 5.)
G. Haerttel. Zur Frage vom Thymustode. (Dissert., Greifswald.)
P. Haushalter. Syndrome de Little. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 657.)
F. Jaeckel. Erfahrungen mit der Pirquetschen kutanen Tuberkulinreaktion. (Med. Univ.-Klinik.) (Dissert., Rostock.)
E. Jacob. La diphthérie scolaire. Notes sur plusieurs épidémies. Le sérum antidiphthérique dans la prophylaxie. (Le Scapel, 1911, Bd. LXIV, S. 173.)
Clara Jacobson. The effects of blood transfusion in parathyroid tetany. (Die Wirkung von Bluttransfusion bei der parathyreopriven Tetanie.) (Amer. Journ. of Physfol., 1911, Bd. XXX, S. 47.)
N. Jacoubowitsch. De la formule leucocytaise dans la pneumonie. (Dissert, Genf.)
J. Jadassohn. Einige Erfahrungen über lokale Reaktionen mit Moroscher Tuberkulinsalbe bei Hauttuberkulose, Tuberkuliden, Syphiliden und Lupus erythematodes. (Arch. f. Dermatol. u. Syphilis., Orig., 1912, Bd. CXIII, S. 479.)
W. Janowski. De la névralgie intercostale. Brochure de 28 pages. (Masson et Cie, Paris 1911.)
J. Ibrahim. Über respiratorische Affektkämpfe im frühen Kindesalter (das sogenannte „Wegbleiben" der Kinder). (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. 1911, Bd. V, S. 388.)
— Zur Prognose der tuberkulösen Infektion im frühen Säuglingsalter. (Brauers Beiträge, 1911, Bd. XXI, S. 117.)
G. Jeanneau. Hémiplégies postdiphthériques. (Dissert., Montpellier.)
Jeanselme. Le Salvarsan injecté à une mère en période d'allaitement peut-il influencer la syphilis de son nourrisson? (Ann. de Gynécol. et d'obstétr., Bd. VIII, S. 394.)
E. Joltrain. Origine sanguine des pneumonies et broncho-pneumonies. (Dissert., Paris.)
P. Jourdanet. Traitement des engelures. (Journ. des prat., 1911, Nr. 51, S. 826.)
G. Isaakianz. Über sporadischen Kretinismus und seine Behandlung unter besonderer Berücksichtigung dreier Fälle der Hallenser chirurgischen Universitätsklinik. (Dissert., Halle.)
H. Isserliss-Schwartz. Le poids et les oedèmes dans les néphrites des enfants. (Dissert., Paris.)
J. Jundell. Ytterligare bidrag till frågan om influensans etiologi och patologi. (Weitere Beiträge zur Frage der Ätiologie und Pathologie der Influenza.) (Hygiea, 1912, Bd. LXXIV, S. 326.)
J. Jundell und **K. A. E. Trier.** Die Anstrengungsalbuminurie. Eine Studie über die Wirkung maximaler Körperanstrengungen (des

Sports und des Trainings) auf die Nieren. (Nord. med. Arch., 1912, Bd. XXXXIV, S. 154.)

P. Jungmann. Über Streptokokken bei Scharlach. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. CVI, S. 283.)

J. Kaeh. Über einen Fall von Thymustod. (Dissert., München.)

S. Kahn. Über den Morbus Addisonii und seine Beziehungen zur Hyperplasie der lymphatischen Apparate und der Thymusdrüse. (Dissert., Heidelberg.)

K. Kayser. Über familiäres Auftreten postdiphtherischer Lähmungen. (Med. Univ.-Poliklinik Straßburg, Dissert., Straßburg.)

Klara Kennerknecht. Über das Vorkommen von Tuberkelbazillen im strömenden Blut bei Kindern. (Beitr. z. Klinik d. Tuberkulose, 1912, Bd. XXIII, S. 265.)

Kerr. Stomatitis in children. (Stomatitis bei Kindern.) (Amer. Med., Februar 1912.) Wachenheim (New York).

M. Kerscher. Kasuistischer Beitrag zur Lehre über kongenitale Tuberkulose. (Dissert., Erlangen.)

B. Khalatoff. Un cas de maladie de Banti dans la première enfance. (Dissert., Genf.)

King. Adenoids: their role in prophylaxis in diseases of children. (Rolle der adenoiden Wucherungen bei der Prophylaxe der Kinderkrankheiten.) (Southern Med. Journ., April 1912.) Wachenheim (New York).

— Etiologic and epidemiologic irregularities of cerebrospinal meningitis. (Ätiologische und epidemiologische Abnormitäten bei der Zerebrospinalmeningitis.) (New Orleans Med. and Surg. Journ., April 1912.)

F. Kirchberg. Die physikalische Behandlung der Rachitis. (Med. Kinik, 1911, Bd. VII, S. 1411.)

R. Klatt. Die prophylaktische Behandlung der Ophthalmoblennorrhoea gonorrhoica bei Neugeborenen mit Argentum aceticum und Sophol. (Dissert., Leipzig.)

F. Klemperer und **H. Wolta.** Über Behandlungsversuche mit Salvarsan bei Scharlach. (Therap. d. Gegenw., 1912, Bd. LIII, S. 198.)

C. Kling, W. Wernstedt und **A. Pettersson.** Recherches sur la mode de propagation de la paralyse infantile épdémique (maladie de Heine-Medin). Premier mémoire. (Zeitschr. f. Immunitätsf., 1912, Bd. XII, S. 316.)

Knox. Infantile Paralysis. The most promising outlook for improvement in treatment from the standpoint of the pediatrician. (Amer. Journ. of Dis. of Child., 1911, Bd. II, S. 102.)

E. Kobrak. Das Sedativum und Hypnoticum Adalin in der Kinderpraxis unter Berücksichtigung seiner Verwendbarkeit bei der Therapie des Keuchhustens. (Med. Klinik, 1911, Bd. VII, S. 1660.)

F. Kogan. Statistische Zusammenstellung der Fälle von Idiotie, Epilepsie und Hydrozephalus im Kinderspital Zürich, während der Zeit von 1871—1907 in bezug auf die Ätiologie. (Dissert., Zürich.)

J. A. Kolmer. Complement deviation in scarlet fever with comparative studies of the Wassermann and Noguchi systems. (Journ. of exper. Med., 1911, Bd. XIV, S. 235.)

J. A. Kolmer, J. A. and **P. C. Weston.** Bacterin treatment of septic rhinitis of scarlat fever, with report of one hundert cases. (Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1911, Bd. DXLII, S. 403.)

F. Königsberger. Die Dauer der zweiten Geburtsperiode und ihre Folgen für Mutter und Kind. (Univ.-Frauenklinik.) (Dissert., München.)

K. Koeßler and **J. Koessler.** Specific antibodies in scarlet fever. (Journ. of infectious diseases, 1911, Bd. IX, S. 307.)

Kramer. Gangrene of leg following diphtheria. (British med Journ., 1911, Nr. 2644, S. 505.)

R. Kruk-Rapoport. Statistik über die Ostitis media bei Scharlach und die Behandlung mit polyvalentem Antistreptokokkenserum des Berner Serum- und Impfinstitutes. (Dissert., Zürich.)

Labarrière. Cinq cas mortels de méningite otogène. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 492.)

Alphonse Labbé. La pathogénie de la maladie de Riga-Fede (subglossite diphtéroide de Comby). (Gaz. méd. de Nantes, 1911, Nr. 51, S. 1069.)

Lafforgue. La contagion indirecte à court terme de la rougeole. (Die kurzfristige, indirecte Übertragung der Masern.) (Ann. d'hyg. publ., 1912, Bd. XVII, S. 273.)

— Paralysies diphtériques à répétition, guéries par le traitement sérothérapique longtemps prolongé. (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. des Paris, 1911, Bd. XXVIII, S. 382.)

P. Lambour. Etude sur la médiastinite chronique chez l'enfant. (Dissert., Paris.)

H. R. M. Landis and **J. Kaufmann.** The occurrence of venous hums in children. (Das Vorkommen von Venengeräuschen im Kindesalter.) (Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 88.)

L. Landouzy et **L. Laederich.** Étude expérimentale de l'hérédité tuberculeuse. (Presse méd., 1911, Nr. 83, S. 833.)

Landrum. Serotherapy of cerebrospinal meningitis. (Serumbehandlung der Zerebrospinalmeningitis.) (Journ. Oklahoma State Med. Assoc., April 1912.) Wachenheim (New York).

K. Landsteiner, C. Levaditi et **Danulesco.** Contribution à l'étude de la scarlatine expérimentale. (Beitrag zum Studium des experimentellen Scharlachfiebers.) (Compt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol., 1912, Bd. LXXII, S. 358.)

Landsteiner, Levaditi et **Danulesco.** Présence du virus de la poliomyélite dans l'amygdale des singes paralysés et son élimination par le mucus nasal. (Compt. rend. de la Soc. de Biol., 1911, Bd. CXXI, S. 558.)

K. Landsteiner, C. Levaditi et **E. Prasek.** Essais de transmission de la scarlatine aux singes. (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1911, Bd. XXV, S. 754.)

K. Landsteiner, C. Levaditi et **M. Pastia.** Étude expérimentale de la poliomyélite aigue (maladie de Heine-Medin). (Ann. de l'institut Pasteur, 1911, Bd. XXV, S. 805.)

F. Langbard. Beobachtungen über die Verwendung des Serums Marpmann bei Scharlach. (Dissert., Zürich.)

Fr. Langmead. Acute rheumatism among children: an inquiry into the prevalence of acute rheumatism and its consequences among children of age. (Lancet, 1911, Bd. CLXXXI, S. 1133.)

J. Lankhout. Osteomalacie im Kindesalter. (Ned. Tydschr. v. Geneesk., 1911, S. 1412.)

R. Larozière. De la benignité de la pneumonie fibrineuse à pneumocoques chez les enfants. (Dissert., Paris.)

Léon Laruelle et **Alphonse Leroy.** Observation d'un cas de sclérodermie avec syndrome de Raynaud. (Beobachtung über einen Fall von Sklerodermie mit Raynaudscher Krankheit.) (Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liége.)

P. G. Lauze. De l'achondroplasie spécialement étudiée au point de vue mental. (Dissert., Paris.)

Ed. Laval. Principales affections chroniques du rhino-pharynx chez l'enfant. Leur traitement. (Bull. général de Thér., 1911, Bd. DCXI, S. 161.)

Lawrence A. Pomeroy. Vaginal hemorrhage in the new-born. (The Cleveland Med. Journ., août 1911.)

P. Lefrane. Les phases aigues de la dilatation bronchique chez les enfants. (Dissert., Paris.)

F. Léger. Sur le pronostic de la coqueluche. (Dissert., Paris.)

A. Leiter. Zur Frage der familiären Splenomegalie. (Dissert., Freiburg i. B.)

Lemoine. Epidémie familiale de paralysie spinale infantile. — Un cas de dégénérescence du noyau du facial inférieur. Le Nord médical. (Gaz. de praticiens, 1911, Nr. 408, S. 213.)

Lenormand. L'épreuve du collargol dans le diagnostic de la bronchopneumonie tuberculeuse infantile. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 391, S. 46.)

Lenzmann. Über die Beeinflussung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektionen. (Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 687.)

L. Lepontois. Les verrues planes juvéniles et leur traitement. (Dissert., Paris.)

Lequeux. Un cas d',,epidermolysis diffusa neonatorum". (Bull. de la Soc. d'obstétr. de Paris, 1911, Bd. XIV, S. 479.)

R. Leroux. Les dangers du menthol en rhinologie. (Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez etc., 1911, Nr. 11.)

Lesage et **Collin.** Sur la persistance de la toux dans la coqueluche. Terminaison de la coqueluche normale. Evolution vers le tic coqueluchoide. (Gaz. des hôp., 1911, Bd. LXXXIV, S. 96.)

L. Lesca. Des amygdales palatines infectées. (Dissert., Paris.)

Ch. Lesieur. De la présence du pneumocoque dans le liquide céphalorachidien. Ses rapports avec les complications cérébro-spinales de la pneumoine. (Lyon méd., 1912, Bd. CXVIII, S. 84.)

Raymond Letulle. Étude des réactions humorales dans le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique de l'infection tuberculeuse. (Thèse de Paris, 1912, S. 240.)

M. Levaditi. Réflexions à propos de trois cas parisiens de poliomyélite aigue mortelle. (Erwägungen gelegentlich dreier Pariser Fälle von akuter tödlicher Poliomyelitis.) (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 24.)

Widal, Levaditi, Brodin et **Leoneano.** Un cas parisien de poliomyélite aigue mortelle. (Ein Pariser Fall von akuter tödlicher Poliomyelitis.) (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 20.)

C. Levaditi, J. Pignot et **Leoneano.** Maladie de Heine-Medin. Nouveau cas parisien, étude clinique, anatomo-pathologique et expérimentale. (Heine-Medinsche Krankheit. Ein neuer Fall aus Paris, klinisch, pathologisch-anatomisch und experimentell untersucht.) (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 10.)

J. Lévêque. Aphasies toxiinfectieuses de l'enfance. (Dissert., Toulouse.)

J. Libin. Les fièvres continues tuberculeuses chez l'enfant. (Dissert., Paris.)

Ch. Ligschitz-Trachtenberg. Therapie des Nabelschnurvorfalles und ihre Ergebnisse für Mutter und Kind. (Dissert., Bern.)

L. Liwschitz. Über Adrenalinbehandlung bei subjektiven Ohrgeräuschen. (Dissert., Bern.)

H. Löhe. Beitrag zur Kenntnis der kongenital-syphilitischen Knochen- und Gelenkentzündungen. (Arch. f. Dermatol. u. Syphil., Orig., 1912, Bd. CXIII., S. 735.)

A. Longo. A proposito di un caso di tetania infantile. (Sez. med., 1911, Bd. XVIII, S. 496.)

— Lipemia e lipuria nella Leishmaniosi. (Riv. di clin. pediatrica, 1911, Bd. IX, S. 827.)

— Note ed appunti sulla Leishmania e sulla Leishmaniosi. (Riv. di clin. pediatrica, déc. 1911.)

Lorreyte. Contribution à l'étude du traitement de l'hérédosyphilis par l'injection d'ardéno-benzol au cours de la grossesse. (Dissert., Paris.)

G. Lorreyte. Traitement de l'hérédo-syphilis par l'injection d'arsénobenzol au cours de la grossesse. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 460.)

R. W. Lovett and **Ph. A. Sheppard.** The occurrence of infantile paralysis in Massachusetts in 1910. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. CLXIV, S. 737.)

Lucas, William Palmer and **Edward Lewis Prizer.** An experimental study of measles in monkeys. (Experimentelle Studien über Masern bei Affen.) (Journ. of Med. Res., 1912, Bd. XXVI, S. 181.)

S. Maass. Drei Fälle von krankhaftem Wandertrieb, ohne Dämmerungszustand im jugendlichen Alter. (Dissert., Leipzig.)

Mackenzie. Prevention of ophthalmia neonatorum. (Verhütung der Ophthalmia neonatorum.) (Boston Med. and Surg Journ., 16. Mai 1912.) Wachenheim (New York).

J. Magdinier. L'infantilisme prolongé. (Dissert., Lyon.)

S. Maggiore. Contributo clinico ed anatomo patologico allo studio di alcune distrofie congenite per affeczione tiroidea de padre. (Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zum Studium einiger angeborener Dystrophien, deren Ursache in einer Schilddrüsenaffektion des Vaters zu suchen ist. (Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 56.)

Maillet. Albuminurie orthostatique et rein mobile chez un garçon de quatre ans. (Orthostatische Albuminurie und Wanderniere bei einem 4jährigen Knaben.) (Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 116.)

F. Maillet. L'autosérothérapie des pleurésies séro-fibrineuses. Valeur et mécanisme physio-patholigique de la méthode. (Gaz. des hôp., 1911, Bd. LXXXIV, S. 533.)

G. Major. Die Neurasthenie der Jugendlichen. (Med. Klinik, 1911, Bd. VII, S. 1424.)

F. Malavialle. Les éléments du diagnostic clinique de l'hypertrophie du thymus. (Dissert., Montpellier.)

W. Malinowska. Die Ursachen des Todes der Neugeborenen. (Dissert., Bern.)

E. Mallinckrodt. Zur Kenntnis des Infantilismus und des Zwergwuchses. (Städt. Krankenhaus, Kiel.) (Dissert., Kiel.)

A. Manne. Le chancre syphilitique chez l'enfant. (Dissert., Paris.)

C. Manshardt. Kochsalzausscheidung bei Nierenentzündung und die nephrogenen Ödeme. (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 52, Heinrich-Kindershospital, Kiel.) (Kiel.)

J. Manya. Contribution à l'étude des albuminuries fonctionelles. Albuminurie orthostatique d'origine cardio-pulmonaire. (Dissert., Montpellier.)

Marbourg. Treatment of measles and scarlet fever. (Behandlung der Masern und des Scharlachfiebers.) (Amer. Med., Mai 1912.)

O. Marburg. Zur Klinik und Pathologie der Myatonia congenita (Oppenheim). (Arbeiten aus dem neurologischen Institut an der Wiener Universität, 1911, Bd. XIX, S. 133.)

L. Marchand et **G. Petit.** Etat de mal épileptique chez un enfant de cinq jours. Mère atteinte d'imbécillité et d'épilepsie. Considérations pathogéniques. (Gaz. des hôp., 1911, Bd. LXXXIV, S. 1339.)

Marcuse. Zur Frage der Erblichkeit und des Wesens der Psoriasis. (Dermatol. Zeitschr., 1911, Bd. XVIII, S. 972.)

Markley. Management of infantils eczema. (Behandlung des Säuglingsekzems.) (Colorado Med., Mai 1912.) Wachenheim (New York).

H. K. Marks. Infection of rabbits with the virus of poliomyelitis. (Journ. of Experim. Med., 1911, Bd. XIV, S. 116.)

Louis Martin. Des causes qui influent sur le pronostic de la diphtérie. (La clin. infant., 1912, Bd. X, Nr. 10, S. 293.)

L. Martin. Rechute de diphtérie à la suite d'une rougeole. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 237.)

Hermann Matti. Untersuchungen über Wirkung experimenteller Ausschaltung der Thymusdrüse. Ein Beitrag zur Physiologie und Pathologie der Thymus. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. und Chir., 1912, Bd. XXIV, S. 665.)

O. Mauch. Die Sklerotomie in der Behandlung des infantilen Glaukoms. (Dissert., Zürich.)

Meignant. Trois cas de maladie de Friedreich. (L'Anjou méd., 1912, Nr. 1, S. 1.)

L. J. Menville. The Bass-Watkins typhoid agglutination test. (Die Bass-Watkinssche Typhus-Agglutinationsprobe.) (Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 194.)

Pr. Merklen. De la prédisposition morbide envisagée à propos de l'ictère émotif infantile. (Gaz. des hôp., 1911, Bd. LXXXIV, S. 1171.)

Fritz Meyer. Die Bauchfelltuberkulose. (Dissert., Heidelberg.)

N. P. Migay. Study of the blood in pertussis with report of 120 cases. (The Cleveland Med. Journ., juillet 1911.)

Miller. Chronic nasal diphtheria. (Journ. Ophthalm. and Oto-Laryngol., April 1912. Virginia Med. Semi-monthly, 12. April 1912.) Wachenheim (New York).

Al. Millskennedy. Enlargement of the thymus, a remarkable cas. (The Glasgow Med. Journ, janv. 1912.)

L. Mireaux. Contribution à l'étude de l'hémiplégie spasmodique infantile. (Dissert., Toulouse.)

T. Mochizuki. Zur Anwendung von Guajakotuberkulin gegen Keuchhusten. (Mitteil. d. med. Gesellschaft zu Osaka, 1911, Bd. X, H. 8.)

J. Molenaar. Über Behandlung subkutaner Entzündung, insbesondere durch Jontophorese mittels konstantem Strom. (Dissert., München.)

Monnier. Considérations sur les chorées chroniques, des relations cliniques et la chorée de Sydenham. (Dissert., Paris.)

Charles-Julien Montet. Contribution à l'étude des hémorragies méningées chez le nouveau-né. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 71.)

Montgomery. Diagnosis and treatment of diphtheria (Diagnose und Behandlung der Diphtherie.) (Journ. Oklahoma State Med. Assoc., März 1912.) Wachenheim (New York).

M. Morancé. Variations rapides du périmètre sus-ombicial chez les nourrissons atteints d'ectasie abdominale. (La clin. infant., 1912, Bd. X, Nr. 7, S. 208.)

Morgan. Meningeal affections in infancy and childhood. (Meningealerkrankungen bei Kindern.) (Ohio State Med. Journ., 15. Juni 1912.)

J. Morgenroth. Über eine eigentümliche Wirkung der Pyozyanase auf das Diphtheriatoxin. (Charité-Annalen, 1911, Bd. XXXV, S. 392.)

Paul Morize. Les ictères du nouveau-né. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 480.)

J. L. Morse. Infantile paralysis: Spinal form. (Arm. Journ. of Dis. of Child., 1911, Bd. II, S. 92.)

— Meningitis in infancy. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911. Bd. CLXIV, S. 701.)

R. Morton Hewitt. On acute poliomyelitis, Heine-Medin's disease. (The Brit. Med. Journ., März 1912.)

Mosby. Cerebrospinal meningitis. (Kentucky Med. Journ., April 1912.) Wachenheim (New York).

C. B. Moss-Blundell. Epidemic anterior poliomyelitis in Huntingdonshire. (The British Med. Journ., 21. nov. 1911.)

Motschin. Über Tuberkulose im 1. Lebensjahr. (Dissert., Zürich.)

G. Mouriquand. Les injections intrarectales de sérum antidiphtérique. (Journ. des practiciens, 1912, Bd. IX, S. 129.)

— Sur quelques notions récentes touchant le diagnostic et le pronostic de la pneumonie infantile. (Le Progrès méd., 1912, Nr. 12, S. 145.)

J. Müller. Beiträge zur Ätiologie und Therapie des Nabelschnurvorfalles. (Dissert., Bonn.)

O. Müller. Über die im Verlaufe von 16 Jahren an der Universitäts-Kinderklinik der kgl. Charité beobachteten Serumkrankheiten. (Dissert., Berlin.)

H. Münsterer. Über Leberzirrhose beim Kind. (Dissert., München.)

J. C. Navarro. Sobre un caso de reumatismo cronico infantil. (Revista de la Soc. med. Argentina, sept. et oct. 1911.)

B. L. J. H. Nebout. Étude médico-sociale de quelques causes d'hyponatalité. (Dissert., Bordeaux.)

Neff. Typhoid in children. (Abdominaltyphus bei Kindern.) (Journ. Missouri State Med. Assoc., Februar 1912.) Wachenheim (New York).

Ch. M'Neil. Tuberculous infection in infancy and childhood, as revealed by the cutaneous tuberculin test: an analysis of 541 cases. (Die tuberkulöse Infektion im Säuglings- und Kindesalter auf Grund von Untersuchungen mit der kutanen Tuberkulinprobe in 541 Fällen.) (Edinb. Med. Journ., 1912, Bd. VIII, S. 324.)

Ludwig Neufeld. Ozaena, chronische Diphtherie und Rachendiphtheroid. (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Bd. IC, S. 403.)

P. Neukirch. Ikterische Zellen im Blute bei Icterus gravis neonatorum. (Zeitschr. f. klin. Med., 1912, Bd. LXXII, S. 380.)

Rudolf Neurath. Die nervösen Komplikationen und Nachkrankheiten des Scharlachs. Übersichtsreferat. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. III, S. 289.)

M. Nicoll. A note on the search for the causative factor of scarlet fever. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 910.)

— The treatment of sepsis in scarlatina with antistreptococcus serum (Amer. Journ. of Dis. of Child., 1911, Bd. II, S. 1.)

Ch. Nicolle et E. Conseil. Le typhus exanthématique de l'enfant; son importance au point de vue épidémiologique. (Der exanthematische Typhus beim Kind. Seine Bedeutung vom epidemiologischen Gesichtspunkt.) (Gaz. des hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 609.)

G. Nicollon des Abbayes. Iconographie de l'exploration de la colonne vertébrale tuberculeuse chez l'enfant. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 368.)

M. Njewjadomski. Über einen Fall von diphtherischer Pleuropneumonie. (Medicinsk. Obosrenje, 1912, Bd. LXXVII, S. 319.)

U. Nizzi. Sopra un peritelioma del testicolo in un lattante. (Riv. clin. pediatrica, 1911, Bd. IX, S. 652.)

P. Nobécourt. Diagnostic de la tuberculose de l'enfant par la recherche du bacille de Koch. (Die Diagnostik der kindlichen Tuberkulose durch den Nachweis des Kochschen Tuberkelbazillus.) (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 708, 723, 756, 1912, Bd. XVI, S. 20.)

Neobécourt et Darré. L'urée du liquide céphalo-rachidien dans les nephrites de l'enfance. (Der Harnstoff des Liquors bei der Nephritis des Kindesalters.) (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 16. La Pédiatrie pratique, 1912, Nr. 7, S. 113.)

J. Noguiès. Étude clinique du rôle de la ponction lombaire dans les convulsions. (Dissert., Bordeaux.)

T. Okada. Über Peritonealtuberkulose. (Dissert., München.)

Aceste Oliari. Lesioni dell' organo visivo nella tetania. (Rassegna di Pediatria, 1912, Bd. I.)

Hans Oloff. Ein Fall von persistierender Akkommodationslähmung nach Diphtherie. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1912, Bd. L, S. 551.)

Oppenheimer. Complications of influenza affecting ear, nose and throat in children. (Ohren-, Nasen- und Rachenkomplikationen der Influenza bei Kindern.) (Amer. Med., April 1912.)
Wachenheim (New York).

Oppikofer. Die nekrotisierende Entzündung bei Scharlach in Kehlkopf, Luftröhre und Ösophagus. (Arch. f. Laryng., 1911, Bd. XXV, S. 145.)

St. Ostrowski. Die Morphologie des Blutes bei Rachitis. (Folia haematol., Tl. 1912, Bd. XIII, S. 305.)

A. Otto. Entwicklung und heutiger Stand der Immunotherapie des Scharlachs. (Leipzig.)

St. Ozegowski. Über Thymustod. (Dissert., Greifswald.)

S. Ozeki. Über makroskopisch latente Meningitis und Enzephalitis bei akuten Infektionskrankheiten. (Ziegl. Beitr., 1912, Bd. LII, S. 540.)

Th. Paganetty. Die Scharlachepidemie in Göttingen im Jahre 1910. (Dissert., Göttingen.)

Page. Diphtheria carriers and their treatment. (Behandlung von Diphtheriebazillenträgern.) (Old Dominion Journ. of Med. and Surg., März 1912.)

Pagliano-Luna. Cirrhose de Hanot chez un enfant; infantilisme consécutif. (Hanotsche Zirrhose mit sekundärem Infantilismus beim Kinde.) (Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 205.)

Paisseau et Tixier. Quelques remarques à propos de 1900 cas d'intradermo-réaction à tuberculine chez l'enfant. (Einige Beobachtungen an 1900 Fällen mit der Tuberkulinintrakutanreaktion.) (Paris médical, 1912, S. 206.)

L. Pakuscher. Über das Schicksal der Wasserköpfe. (Dissert., Berlin, 1912.)

Park. A brief statement concerning the agents causing measles and scarlet fever. (Kurze Mitteilung über die Erreger der Masern und des Scharlachfiebers.) (Arch. Pediatrics, Juni 1912.) Wachenheim (New York).

Parker. Diagnosis and treatment of cerebrospinal meningitis. (Diagnose und Behandlung der Zerebrospinalmeningitis.) (Kentucky Med. Journ., März 1912.) Wachenheim (New York).

Leonard Parsons. Infantilism associated with chronic interstitial nephritis. (The Brit. Med. Journ., 2 sept. 1911.)

Otto Peiper. Über Rachitis in Deutsch-Ostafrika. (Arch. f. Schiffs- und Tropen-Hygiene, 1912, Bd. XVI, S. 385.)

M. Peiser. Über angeborene Herzfehler. (Hyg. Inst. Posen.) (Dissert., Greifswald.)

F. Pellissier. Coqueluche et morphine. (Dissert., Montpellier.)

N. Pende. Contributo allo studio del cosidetto „Status thymicus". (La Clin. med. ital., 1911, Bd. L, S. 208.)

— Klinischer Begriff und Pathogenese des Infantilismus. (Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. CV, S. 1.)

E. Périer. Séméiologie de la céphalalgie chez les enfants. (Semiologie der kindlichen Kopfschmerzen.) (Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 129.)

P. Périer. La cure marine pour enfants scrofuleux et rachitiques au sanatorium marin de Capbreton. (Dissert., Bordeaux.)

H. Perrier. L'électrargol dans la broncho-pneumonie des enfants. (Thèse de Lausanne, 1911, S. 32.)

Perrin. La vulgo-vaginite chez les petites filles. (Rev. méd. de la Suisse Romande, 20 nov. 1911.)

G. P. Peterssen. Ein Fall von angeborenem multiplen Kavernom. (Dissert., Gießen.)

E. Petermöller. Neue Beiträge zur Behandlung des Nabelschnurrestes der Neugeborenen. (Dissert., München.)

Ch. Pettavel. Über eigentümliche herdförmige Degenerationen der Thyreoidea-Epithelien bei Purpura eines Neonatus. (Virchows Arch., 1911, Bd. CCVI, S. 1.)

P. Pfeiffer. Beitrag zu den klinischen Studien über Nierensyphilis. (Dissert., Jena.)

Pfender. 2 cases of tuberculous meningitis in infants. (2 Fälle von tuberkulöser Meningitis bei Säuglingen.) (Virginia Med. Semimonthly, 8. März 1912.) Wachenheim (New York.)

R. W. C. Pierce. Notes on the etiology of scarlet fever. (Lancet, 1911, Bd. CLXXXI, S. 1191.)

Pierson. Prophylaxis of scarlet fever. (Prophylaxe des Scharlachfiebers.) (Journ. Med. Soc. New Jersey, Mai 1912.)

C. Pietrkowski. Beitrag zur Hysterie der Kinder. (Psych. u. Nervenklinik.) (Dissert., Kiel.)

Pillon. Réaction de Wassermann chez le nouveau-né. (Lyon méd., 1911, Bd. CXVII, S. 112.)

W. J. H. Pinniger. A series of cases of caterrhal jaundice occurring in epidemic form. (The British Med. Journ., 18 nov. 1911.)

Piotrowska. Contribution à l'étude anatomique de la paralysie infantile. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 240, S. 94.)

C. v. Pirquet. Neuere Erfahrungen über Masern. (Jahreskurse f. ärztliche Fortbildung, Oktoberheft 1911.)

Pirson. Un cas grave de purpura hémorrhagique (maladie de Werlhof) guéri par les injections de peptone de Witte. (Le Scalpel, 1911, Bd. CXIV, S. 175.)

Pisek. Influenzal meningitis. (Amer. Med., April 1912.)
E. H. Place. Vincents Angina. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. DCXV, S. 720.)
Planchu. Une nouvelle méthode d'insufflation dans la mort apparante du nouveau-né. (Lyon méd., 1911, Bd. DXVII, S. 425.)
Plumier. Un cas d'albuminurie orthostatique essentielle. (Le Scalpel, 1911, Bd. LXIX, S. 915.)
R. Pollak. Das Kind im tuberkulösen Milieu. (Brauers Beiträge, 1911, Bd. XIX, S. 469.)
— Über Säuglingstuberkulose. (Brauers Beiträge, 1911, Bd. XIX, S. 373.)
E. Popper. Prophylaxe der Poliomyelitis acuta und die Behandlung ihrer Folgezustände. (Zentralbl. f. d. Grenzgebiete d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XV, S. 142.)
R. Pougaud. L'albuminurie dans la scarlatine. Ses rapports avec la diphtérie. Dissert., Paris.)
J. Pouget. Étude clinique des urines de malades atteints d'eczéma papulovésiculeux. (Dissert., Paris.)
E. J. Poynton. A lecture on complications of rheumatism in childhood. (Brit. Med. Journ., 1911, Nr. 2640, S. 253.)
— Observations upon nervous manifestations in the rheumatism of childhood. Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 49.)
R. Prigoschin. Über spastische Spinalparalyse bei Kindern. (Dissert., Zürich.)
R. Puschnig. Die Poliomyelitisepidemie des Jahres 1909/10 in Kärnten. (Das österreichische Sanitätswesen, 1911, Bd. XXIII, S. 113.)
E. Puttkammer. Die bisherigen Resultate der Blenorrhöebehandlung. (Dissert., Greifswald.)
Capot de Quissac-Naudin. De la stomatite aphteuse. (Dissert., Paris.)
A. Radziejewski. Über kutane Tuberkulinreaktion. (Dissert., Breslau.)
A. B. Raffle. School closure in measles. (Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, Bd. 294.)
G. Railliet. Les vers intestinaux dans la pathologie infantile. (Dissert., Paris.)
Rapp. Whooping-cough. (Keuchhusten.) (Kentucky Med. Journ., 15. Juni 1912.) Wachenheim (New York).
A. Ravenna. Sulla questione della toleranza del bambino per la morfina. (Zur Frage der Morphintoleranz des Kindes.) (Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 371.)
Ray. Congenital laryngeal stridor. (Louisville Monthly Journ. of Med. and Surg., Mai 1912.) Wachenheim (New York).
Stefano Rebaudi. Die Aortitis bei kongenital-syphilitischen Kindern. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1912, Bd. XXXV, S. 681.)
F. Reck. Ein Beitrag zur Genese der Zylinder des Coma diabeticum. (Dissert., Königsberg.)
Regnault. La coqueluche. Essai sur la contagion, la durée normale et l'évolution possible vers le tic coqueluchoide. (Dissert., Paris.)
L. Reischig. Statistische Beobachtung über kongenitale Lues. (Dissert., München.)
O. Remertz. Über prophylaktische Injektionen von Tetanusantitoxin. (Dissert., Berlin.)
M. P. Remlinger. Sur une forme de méningite cérébro-spinale purulente et aseptique. (Gaz. des hôp., 1911, Bd. LXXXIV, S. 1125.)
L. Remy. Über Meningitis cerebrospinalis epidemica. (Dissert., Bonn.)
Renaud-Badet. Contribution à l'étude du traitement des staphylococcies cutanées par les vaccins de Wright. (Bull. de la Soc. de derm. et syphiligr., 1911, S. 150.)
R. Rendu. Traitement rationel de la diphtérie par la chaleur. (Note préliminaire.) (Lyon méd., 1912, Bd. CXVIII, S. 151.)
A. Reuss. Beiträge zur Meningitis serosa acuta. (Dissert., Tübingen.)
L. Ribadeau-Dumas et **Albert Weil.** Sur un cas d'hypertrophie du thymus traitéee par la radiothérapie. (Über einen radiothera-

peutisch behandelten Fall von Thymushypertrophie.) (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 431.)

Ribadeau-Dumas, L. et P. Harvier. Du rôle des dégénérescences des capsules surrenales et des parenchymes glandulaires dans certains syndromes terminaux des infections graves. (Über die Rolle der Degeneration der Nebennierenkapseln und der Drüsenparenchyme bei gewissen terminalen Symptomenbildern akuter Infektionen.) (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 28.)

E. Riebes. Beitrag zur Kenntnis der sogenannten idiopathischen Herzhypertrophie im frühen Kindesalter. (Dissert., München.)

H. Risel. Über Grippe im Kindesalter. Ergebnisse d. inneren Med. u. Kinderheilk., 1912, Bd. VIII, S. 211.)

James Ritchie. Vaccine therapy. (Über Vakzinetherapie.) (Edinburgh Med. Journ., 1912, Bd. VIII, S. 38.)

P. Ritter. Beitrag zur Bewertung der konjunktivalen und kutanen Tuberkulinreaktion. (Dissert., Jena.)

Charles Robert. Les érythèmes scarlatiniformes observés à la suite des injections de sérum antidiphtérique. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 9.)

C. Hubert Roberts. On eclampsia complicating labor in a girl aged 12; recovery of mother and child. (The Britsh Med. Journ., 21. oct. 1911.)

Roeaz. Eczéma des nourrissons et opothérapie thyroidienne. (Säuglingsekzem und Schilddrüsenbehandlung.) (Le courrier méd., 1911, Bd. XXXIII, S. 379. Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 61. Gaz. hebd. des siences méd. de Bordeaux, 1911, Nr. 26, S. 306.)

— Traitement de la chorée par les injections sous-arachnoidiennes de sulfate de magnésie. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 552.)

J. D. Rolleston. Diphtheria of the oesophagus. (British Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 12.)

— The blood pressure in diphtheria. (British Journ. of Child., Dis., 1911, Bd. VIII, S. 433.)

N. Romanoff. Chondrodystrophia foetalis. (Universitäts-Frauenklinik München.) (Dissert., München.)

P. H. Römer. Experimentelle Poliomyelitis. (Ergebnisse d. inneren Med. u. Kinderheilk., 1912, Bd. VIII, S. 1.)

— Über eine der Kinderlähmung der Menschen sehr ähnliche Erkrankung des Meerschweinchens. (Deutsche med. Wochenschr., 1911, Bd. XXXVII, S. 1209.)

James A. Rooth. The Brighton united twins. (The British Med. Journ., 23. sept. 1911.)

M. J. Rosenau and **H. L. Amoss.** Organic matter in the expired breath. (Journ. of Med. Research., 1911, Bd. XXIV, S. 35.)

M. J. Rosenau, Ph. Sheppard and **H. L. Amoss.** Anterior poliomyelitis. Attemps to transmit the disease to monkeys by inoculation with the nasal, pharyngeal and buccal secretions of eighteen human cases. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. CLXIV, S. 743.)

S. Rosenblat. Vergleichende Untersuchungen über neuere Färbungsmethoden der Tuberkelbazillen. (Dissert., Bern.)

H. Rosenbusch. Über den Einfluß des Fiebers auf die Infektion. (Dissert., Leipzig.)

A. Rosenthal. Zur Lehre von den angeborenen Herzfehlern. (Dissert., Breslau.)

Henri Rouèche. Neuf cas d'éruptions scarlatiniformes, secondaires, tardives chez des enfants convalescents de scarlatine. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 6.)

— Sur la pathogénie et la prophylaxie des éruptions secondaires de scarlatine. (La clin. infant., 1912, Bd. X, Nr. 8, S. 243.)

— Traitement et prophylaxie de la scarlatine. (Journ. de méd. de Paris, 1912, Bd. VII, S. 131.)

Rousseau Saint-Philippe. Les dangers méconnus de la coqueluche et tuberculose. (Journ. de méd. de Bordeaux, 1911, Nr. 25, S. 385.)
E. Rousset. Varicelle et scarlatine. (Dissert., Paris.)
E. Roussin. Contribution à l'étude de la gastrite septique d'origine buccodentaire. (Dissert., Lyon.)
J. Ruhräh. Treatment of nocturnal enuresis in children. (Behandlung der Enuresis nocturna im Kindesalter.) (Amer. Journ. of the Med. Sciences., 1912, Bd. CXLIII, S. 185.)
P. Sabatier. La mort subite chez l'enfant au point de vue clinique et médico-légal. (Dissert.,, Montpellier.)
Sabrazès et **Dubourg.** Anémie splénique, syndrome hémolytique et tuberculose occulte. (Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux, 1911, Nr. 26, S. 303.)
H. M. Sachs. Meningismus bei Scharlach. (Inf.-Abt. d. Rud.-Virchow-Krankenhauses, Berlin.)
M. Salzberger. Über die Gefährdung der Kinder durch das in der Geburt gegebene Scopolamin-Morphium. (Dissert., Freiburg i. B.)
A. Sargnon. J. Gaté et **M. Durif.** Végétations adénoides chez le nourrisson. (Gaz. des hôp., 1911, Bd. LXXXIV, S. 1711.)
Fr. Schamberg and **J.. A. Kolmer.** Preliminary report on the treatment of the vaccination site with picric acid solutions. (Lancet 1911, Bd. DCXXXI, S. 1397.)
L. Scharenberger. Des accidents asphyxiques d'origine thymique chez le nourrisson. (Dissert., Lyon.)
G. Schaub. Zur Pathologie der epidemischen Kinderlähmung. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1911, Bd. XLIII, S. 100.)
Scheffler. Der Keuchhusten und die Gefahr seiner Weiterverbreitung in Badeorten. (Zeitschr. f. Balneologie, Klimatologie u. Kurorthygiene, 1911, Bd. IV.)
E. v. Scheven. Nachweis spärlicher Tuberkelbazillen. (Dissert., Kiel.)
F. Schiriak. Über einen Fall von Hämophilie bei einem Kinde. (Dissert., Zürich.)
V. Schmarine. De la néphrite pneumococcique chez l'enfant. (Dissert., Paris.)
H. Schmotin. Untersuchungen über den Einfluß der Anämie und Hyperanämie auf die Empfindungen des Hautsinnes. (Dissert., Bern.)
G. D. Scott. Achondroplasia. (Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 132.)
G. Schreiber. La poliomyélite épidémique, maladie de Heine-Medin. (Thèse de Paris, Mai 1911.)
L. Schultheis. Über die nosologische Abgrenzung der Idiotie mit besonderer Berücksichtigung der Dementia infantilis und eigener Beobachtung. (Dissert., Leipzig.)
F. Schultze. Scharlachmortalität. (Dissert., Berlin.)
Schulze-Kump. Über die Anschwellung von subkutanen Lymphdrüsen des Thorax bei Lungentuberkulose. (Dissert., Bonn.)
P. Schuser. Neurosen des Kindesalters. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1911, Bd. VIII, S. 487.)
Schwarz. Influenza in infants and children. (Influenza bei Kindern.) (Amer. Med., April 1912.) Wachenheim (New York).
F. Schweizer. Un caso de tétano del recién nacido curado. (Rev. de la Soc. med. argentina, juillet-août 1911.)
M. Segard. Traitement des angines diphtériques malignes. (La Progrès méd., 1911, S. 329.)
M. Segl. Die Infektionskrankheiten des Kindesalters, bearbeitet nach dem Beobachtungsmaterial der kgl. Universitätspoliklinik für Kinderkrankheiten zu München (1905—1909.) (Dissert., München.)
Th. Sepp. Klinische Beobachtungen über das Erythema infectiosum (Stieker). (Univ.-Kinderklinik München.) (Dissert., München.)
F. C. Shattuck. Hexamethylenamine as a possible preventive of pneumococcus empyema. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. CLXIV, S. 812.)

Sheffield. Tetanism. (Tetanismus.) (Med. Record, 4. Mai 1912.)

S. Shichitaro. Über die Beteiligung der Ureteren an den akuten Blasenentzündungen nebst Bemerkungen über ihre Fortleitung durch die Lymphbahnen der Ureteren. (Virchows Arch., 1911, Bd. CCVI, S. 20.)

C. Siegesmund. Über die Stärke verschiedener Tuberkuline, gemessen nach der deutschen staatlichen Prüfungsmethode. (Dissert., Zürich.)

E. W. Sikemeier. Die Hypophysis cerebri und das Pituitrin. (Med. Rev., 1911, Bd. XII, S. 42.)

R. Simonini. Sopra la compressione ganglionare delle vie biliari estraepatiche nei bambini. (Boll. della Societa medico-chirurgica di Modena., 1910—1911.)

Simpson. Infantile eczema. (Journ. Amer. Med. Assoc., 6. April 1912.)

J. F. Sinclair and **H. K. Pancoast.** An atypical case of acute epiphysitis in an infant, with X rays. (Ein atypischer Fall von akuter Epiphysitis bei einem Säugling, Röntgenbefund.) (Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 102.)

A. Sisemsky. Zur Frage über die Gabritschewskysche Antistreptokokkenvakzine, als Mittel zur Bekämpfung von Scharlachepidemien. (Wratschebn. Gaz., 1912, Bd. XIX, S. 507.)

P. Sisto. Richerche sull' anemia da anchilostoma. (La Clin. med. ital., 1911, Bd. L, S. 533.)

Erich Sluka. Die Hilustuberkulose des Kindes im Röntgenbilde. (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Bd. XV, S. 259.)

Smith. Amaurotic family idiocy. (Amaurotische familiäre Idiotie.) (Boston Med. and Surg., 7. März 1912.)
Wachenheim (New York).

E. Smith. On post- nasal catarrh in children and some of its consequences. (Lancet, 1911, Bd. CLXXXI, S. 1186.)

O. Smithson. Two cases of tetanus treated by subdural injections of magnesium sulphate. (The British Med. Journ., Januar 1912.)

A. Bertram Soltau. Acute poliomyelitis with special reference to the outbreak in Plymouth, Stonehouse and Devonport. (The British Med. Journ., 4 nov., 1911.)

Somers. Epidemic cerebrospinal meningitis. (Western Med. Review, April 1912.) Wachenheim (New York).

A. Sophian. An analytical study of twenty cases of infantile paralysis (poliomyelitis). (Eine analytische Studie von 20 Fällen von Kinderlähmung. [Poliomyelitis]). (Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXVIII, S. 165.)

P. Sorgente. Sopra due casi di morbo di Ritter, dermatitis exfoliativa neonatorum. (La Pediatria, Mai 1912.)

Soulques. Infantilisme d'origine hypophysaire. (Über den Infantilismus hypophysären Ursprungs.) (Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 92.)

H. Sowade. Beitrag zur Kenntnis der Hautdiphtherie. (Arch. f. Dermatol. u. Syphil., Orig., 1912, Bd. CXIII, S. 1039.)

O. Specht. Über Mischinfektionen bei Meningitis cerebrospinalis epidemica. (Dissert., Königsberg.)

E. Stefanopoli. Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale primitive à pneumocoques. (Dissert., Algier.)

W. Steffen. Beitrag zur Kenntnis der Wirkungsweise des v. Behringschen Heilserums bei Diphtherie. (Dissert., Gießen.)

S. Stephenson. On cases of night-blindness with peculiar conjunctival changes in children. (Brit. Journ. of Child. Dis., 1911, Bd. VIII, S. 529.)

S. Sterling. Experimentelle Beiträge zur Pathogenese des Ikterus mit spezieller Berücksichtigung der Gallenkapillaren. (Dissert., Breslau.)

P. Sterzing. Angeborener einseitiger Defekt sämtlicher willkürlicher, vom N. vago-accessorius versorgten Muskeln. (Kernaplasie?) (Neurol. Zentralbl., 1912, Bd. XXXI, S. 617.)

Stevens. Epidemic meningitis. (New Mexico Med. Journ., Februar. 1912.) Wachenheim (New York).

F. Stirnimann. Die Anorexie der Kinder. (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XLII, S. 369.)
E. Stratford. A case of Rötheln with anginal throat followed by fatal purpura haemorrhagica. (Lancet, 1911, Bd. CLXXXI, S. 156.)
J. Strauß. Über die Resorption der Tuberkelbazillen aus dem Darm. (Dissert., Bern.)
J. Stroink. Über die Folgen der Scharlachnephritis. (Dissert., Kiel.)
H. Stucken. Experimentelle Beiträge zur Wirkung subkonjunktivaler Kochsalzinjektion. (Dissert., Würzburg.)
O. Stupel. Ein Fall von Irideremia totalis congenita utriusque oculi. (Dissert., Berlin.)
T. Sugai. Leprabazillen im Blut des leprösen Neugeborenen. Lepröse Veränderungen der fötalen Anhangsgebilde. (Mitteil. d. med. Gesellschaft zu Tokio, 1911, Bd. XV, S. 1.)
J. L. Swarts and **R. L. Thompson.** Accessory thyroid tissue within the pericardium of the dog. Journ.. of Med. Research., 1911, Bd. XXIV, S. 299.)
B. Tabatschnik. Studie über Enuresis nocturna infantum. (Dissert., Zürich.)
A. E. Tait. A study of an epidemic of measles. (Studie über eine Masernepidemie.) (British Med. Journ., 1912, S. 1476.)
Y. Takeno. Beitrag zur Diagnose der Tuberkulose im frühen Kindesalter. (Dissert., München.)
M. Tartakovsky. Essai critique sur le traitement du lupus érythémateux. (Dissert., Genf.)
N. Ter-Markosoff. Ruhe und Bewegung beim initialen Stadium der Lungentuberkulose. (Dissert., Heidelberg.)
W. Teske. Ein Beitrag zur Kasuistik des kongenitalen Hydrocephalus internus. (Dissert., Kiel.)
Tièche. Zur Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica der kleinen Mädchen. (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XLII, S. 159.)
Tinel-Giry. La poliomyélite épidémiquc, maladie de Heine-Medin. (Thèse de Paris, Mai 1911.)
H. Tischler. Über die Unschädlichkeit des Bromural. (Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 782.)
H. Tissier. L'appareil digestif dans la scarlatine. (Dissert., Paris.)
R. Tizon. A propos de l'épidémie de méningite cérébro-spinale de Rennes (1909). (Dissert., Paris.)
L. Thatcher. On tylosis palmaris et plantaris with report of three cases (Edinburgh Med. Journ., April 1912.)
F. Theroude. Méningite cérébrospinale épidémique et sérothérapie antiméningococcique. (Dissert., Paris.)
Thoinot. La putréfaction des poumons des nouveau-nés et la docimasie pulmonaire. (Ann. d'Hygiène publique. 1911, Bd. XV, S. 481.)
Thomas. Heredo- or congenital syphilis. (Ohio State Med. Journ., März 1912.) Wachenheim (New York).
Fr. A. Thompson and **W. R. Mac Ausland.** Wound diphtheria. (Report of a case. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. DCXV, S. 329.)
Th. Thompson. Haemophilia. (Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2667, S. 706.)
J. de Toledo Dodsworth. Radiographies d'un cas de myosite ossifiante progressive. (Soc. de radiologie méd. de Paris, Februar 1912.)
L. S. Tomkys. Acute anterior polioencephalomyelitis in south Staffordshire. (The British Med. Journ., Januar 1912.)
J. Touranjon. Les diphtéries larvées et leurs séquelles. (Dissert., Lyon.)
G. Toussaint. Rhinites spasmodiques périodiques et apériodiques. (Dissert., Paris.)
Travis. Cerebrospinal meningitis. (Journ. Med. Assoc. of Georgia, Juni 1912.)
P. H. Tridon. Du rôle de la puberté dans l'éclosion des troubles mentaux. (Dissert., Toulouse.)

K. Tschatskin. Die Mortalität von Mutter und Kind nach der Wendung. (Dissert., Berlin.)

Turner. Amaurotic idiocy. (Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2665, S. 187.)

Twichell. Prevention of scarlet fever and diphtheria. (Verhütung des Scharlachfiebers und der Diphtherie.) (Lancet-clinic, 22. Juni 1912.) Wachenheim (New York).

F. Umber. Scharlachartige Serumexantheme und ihre Unterscheidung vom echten Scharlach durch die Ehrlichsche Amidobenzaldehydreaktion im Harne. (Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 322.)

L. Unger. Beiträge zur Pathologie und Klinik der Neugeborenen. I. Myxödem und Mongolismus eines Neugeborenen. (Wiener med. Wochenschr., 1912, Bd. LXII, S. 901.)

H. Uterhart. Über Wesen und Brauchbarkeit der v. Pirquetschen Tuberkulokutanprobe als Diagnostikum im Kindesalter. (Dissert., Rostock.)

A. Vacher. Deux cas de mort subite par hypertrophie du thymus chez deux jeunes enfants hérédo-syphilitiques. (Dissert., Paris.)

Valmorin. Traitement de l'eczéma des nourrissons par l'opothérapie thyroidienne. (Behandlung des Säuglingsekzems mit Thyreoidea.) (Thèse de Bordeaux, ref. in Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 189.)

G. Variot. Deux cas d'hérédo-syphilis latente et de contamination tardive des nourrices. (La Presse méd. d'Egypte, 1911, Nr. 21, S. 329.)

— Observation sur le traitement de l'eczéma infantile par les mutations lactées. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 126, S. 1795.)

G. Variot et E. Bonniot. Paralysie faciale. Suite d'une chute sur le siège chez une fillette. (La clin. infant., 1912, Bd. X, Nr. 10, S. 289.)

M. Variot. Sur la maladie de Raynaud. (Über die Raynaudsche Krankheit.) (Gaz. de hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 257.)

M. Vasseur. Contribution à l'étude des néphrites hémorragiques chez l'enfant. (Dissert., Paris.)

Vignard et Thévenot. La tuberculose rénale chez l'enfant. (Journ. d'urolog., 1912, Bd. I, S. 323.)

P. Vignard and L. Thévenot. Trois cas de tuberculose testiculaire chez l'enfant. (Rev. franç. de méd. et de chir., 1911, Nr. 20, S. 313.)

Jean Vinchon. Délires des enfants. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 388.)

P. Viollet. Fortes angines récidivant cinq ou six fois par an, chez un enfant, guéris par la suppression des replis de His et des amygdales. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 494.)

A. E. Vipond. Scarlet fever. Preliminary note of its specific microorganism. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 564.)

H. Vittoz. De la survie des enfants d'accouchées atteintes de tuberculose pulmonaire. (Dissert., Lyon.)

K. Vogel. Über Bantische Krankheit und Leberzirrhose im Kindesalter. (Dissert., München.)

M. Vogel. Beitrag zur Kenntnis der Hämophilie und der Blutgerinnung. (Dissert., Basel.)

H. Volk. Zur Frage der diagnostischen Bedeutung und der Ungefährlichkeit der Tuberkulinreaktion, besonders der subkutanen. (Dissert., Erlangen.)

G. Volpino. Experimentelle Infektion mit „Leishmania infantum" in der Hornhaut des Kaninchens. (Zentralbl. f. Bakteriol. etc., 1911, Bd. CX, S. 91.)

J. Vosy. Contribution à l'étude des réactions broncho-pulmonaires au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. (Dissert., Paris.)

A. Waeber. Die klinische Bestimmung der Azetonkörper und ihre Beziehung zur Therapie des Diabetes mellitus. (Dissert., Tübingen.)

P. Waeber. Ein Fall von Hämophilie bei einem Neugeborenen. (Gynäkol. Rundschau, 1912, Bd. VI, S. 207.)

M. Wakushima. Über das Verhalten der Tuberkulose im Säuglingsorganismus. Arbeiten auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie und Bakteriologie aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Tübingen, 1911, Bd. VII, S. 521.)

Watters. Streptococcus vaccines in scarlet fever prophylaxis. (Streptokokkenvakzine in der Scharlachfieberprophylaxe.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 24. Februar 1912.) Wachenheim (New York).

George H. Weaver and **Ruth Tunnicliff.** A study of the action of antistreptococcus serum in streptococcus infections in man. (Die Wirkung des Antistreptokokkenserums bei Streptokokkeninfektion des Menschen.) (Journ. of infect. dis., 1912, Bd. X, S. 321.)

Weeks. Use of antitoxin in prevention of diphtheria. (Heilserum als Diphtherieprophylaktikum.) (Ohio State Med. Journ., 15. Mai 1912.)

M. Weil. Points douloureux abdominaux et des erreurs de diagnostic qu'ils comportent. (Dissert., Paris.)

Albert-Weill. Une famille d'achondroplasiques. Presentation des radiographies de deux de ses membres. (Eine Familie mit Achondroplasie. Mitteilung der Röntgenbefunde von zwei Familienmitgliedern.)(Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris, 1911, IV. Bd., S. 134.)

E. Weill. Le traitement de la chorée de Sydenham. (Die Behandlung der Sydenhamschen Chorea.) (La Pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 7.)

Weill et **Gardère.** Signe de Koplik dans les oreillons. (Lyon méd., 1912, Bd. CXVIII, S. 80.)

E. Weill et **G. Mouriquand.** Myocardite scarlatineuse. (La Pédiatrie prat., 1911, Nr. 28, S. 486.)

F. Weingeroff. Über die Todesursachen der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen. (Univ.-Frauenklinik.) (Dissert., Gießen.)

O. V. Wells. Haemorrhagie diesease of the newborn. Report of two cases in one family. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, S. 716.)

Wells. Use of Flexner's antimeningitis serum. (Verwendung des Flexnerschen Antimeningitisserums.) (Mississippi Med. Monthly, März 1912.) Wachenheim (New York).

Welsh. Scarlet fever. (Scharlachfieber.) (Journ. Kansas City Med. Soc., April 1912.) Wachenheim (New York).

P. G. Weston and **J. A. Kolmer.** The treatment of suppurative otitis media (scarlatina) by bacterial vaccines (bacterins). (Journ. of the Amer., Med. Assoc., 1911, Bd. LVI, S. 1088.)

E. G. Wherry. Malarial fever in children. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 276.)

T. R. Whipham. Recurrent unilateral oedema. (Proceedings of the royal Society of Med., nov. 1911.)

H. Whitehead. Intestinal haemorrhage in typhoid fever and its relation to the agglutinating power of the blood. (Lancet, 1911, Bd. DCXXXI, S. 1067.)

Ch. Wilenkin-Bronstein. Beitrag zur diätetischen Behandlung des Säuglingsekzems. (Dissert., Zürich.)

A. Wilke. Zur Pathogenese der tuberkulösen Meningitis. (Dissert., Kiel.)

K. Douglas Wilkinson. Three cases of acute anterior poliomyelitis in one family. (The British Med. Journ., 21. oct. 1911.)

Wilson. The tonsils in childhood. (Die Tonsillen im Kindesalter.) (Amer. Journ. Dis. Child., Mai 1912.)

C.-E. A. Winslow. An outbreak of tonsilitis or septic sore throat in Eastern Massachusetts and its relation to an infected milk supply. (Ausbruch einer septischen Anginaepidemie infolge infizierter Milch.) (Journ. of infect. Dis., 1912, Bd. X, S. 73.)

G. H. Wipple and **J. H. King.** The pathogenesis of icterus. (Journ. of Exper. Med., 1911, Bd. XIII, S. 115.)

A. Wirz. Über das Vorkommen von mydriatisch wirkenden Substanzen im Blute von Nephritikern. (Dissert., Zürich.)

Fritz Wolf. Die multiple Sklerose im Kindesalter. (Dissert., Bonn 1912, 38 Seiten.) (Neuwied, Louis Heuser.)

B. Wolff. Zur Kenntnis der Entwicklungsanomalien bei vorzeitiger Geschlechtsreife und bei Infantilismus. (Zentralbl. f. Gynäkol. 1911, Bd. XXXV, S. 1543.)
W. Wolffenstein. Über die Epilepsie der Pubertätszeit. (Dissert. Leipzig.)
Woodard. Deaf-mute children. (Taubstumme Kinder.) (Journ. Med. Assoc. of Georgia, Juni 1912.) Wachenheim (New York).
S. S. Woody and **J. A. Kolmer.** A study of non-diphtheritic exsudates. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 500.)
— — The diazo-reaction in scarlet fever and serum sickness. (Arch. of Pediatrics, Januar 1912.)
Worms et **Hamaut.** Du traitement chirurgical des néphrites médicales aigues. (Ann. des mal. des organ. gén.-urin., 1911, Bd. XXIX, S. 1940.)
Julius Zappert. Zur Prognose der Epilepsie im Kindesalter. (Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 229.)
S. Zarchi. Beiträge zur Kasuistik des Abdominaltyphus im Kindesalter (Dissert., Freiburg i. Br.)
H. Zehnder. Beiträge zur Serodiagnose der Syphilis. (Dissert., Zürich.)
S. Zieleniewska-Stéfanoff. Contribution à l'étude anatomo-pathologique du crétinisme. (Dissert., Genf.)
F. Zinsser. Über Zahnveränderungen bei kongenitaler Syphilis. (Arch. f. Dermatol. u. Shypil., Orig., 1912, Bd. CXIII, S. 1233.)
Zwetkoff. Beitrag zur Kenntnis der Wirkung von Eisen und Arsenik als Mittel gegen Chlorose. (Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Therap., 1911, Bd. IX, S. 391.)
Anorexie nerveuse chez les nourrissons. Revue générale. (Arch. de méd. des enfants, 1912, Bd. XV, S. 697.)
Ascite chyleuse chez les enfants. Revue générale. (Arch. de méd. des enfants, 1912, Bd. XV, S. 206.)
Bromides papulo-tuberculeuses chez les enfants. Revue générale. (Arch de méd. des enfants, 1912, Bd. XV, S. 454.)
Prophylaxie et traitement de la poliomyélite épidémique. Revue générale. (Arch. de méd. des enfants, 1912, Bd. XV, S. 374.)
Traitement médical du strabisme chez les enfants. Revue générale. (Arch. de méd. des enfants, 1912, Bd. XV, S. 296.)

Chirurgie und angeborene Mißbildungen.

E. Abramowitch. Quelques considérations sur la périarthrite coxo-fémorale chez l'enfant. (Dissert., Genf.)
Z. Agaciantz. Les kystes congénitaux de la région latérale du cou. (Dissert., Montpellier.)
M. Alberti. Contribution à l'étude des kystes hydatiques chez l'enfant. (Dissert., Alger.)
Albaret. Des calculs de l'urétère chez l'enfant. (Dissert., Montpellier.)
J. Amaudrut. Un cas de sarcome périostique de l'extrémité de l'humérus (Rev. d'orthopédie, nov. 1911.)
N. Anitschkoff. Studien über Nierengefäße bei angeborener Nierendystopie. (Vichows Arch., 1912, Bd. CCVII, S. 213.)
Ardin-Delteil und **M. Coudray.** Premiers cas de spondylite typhique observés en France. Un cas de spondylite typhique infantile. (Le Progrès méd., 1911, S. 385.)
Arnold. Dissection of buried tonsil in children. (Tonsillenenukleation.) (Western Med. Review, April 1912.)
Wachenheim (New York).
E. Bahr. Über entzündliche Hüftgelenksverrenkungen. (Dissert., Berlin.)
L. C. Bailleul. Déformation du membre inférieur consécutive à une ostéite de l'extrémité supérieure du tibia. (Rev. d'orthopédie, 1912.)
— Des ostéites tuberculeuses des petits os longs de la main et du pied et des difformités qui peuvent leur succéder au niveau des doigts chez l'enfant. (Dissert., Paris.)

E. S. Barbe-Oberlin. Contribution à l'étude clinique des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses au début chez l'enfant. (Thèse de Paris, 1911.)

Albert Barraud. Deux observations de rhinolithes. (Rev. méd. de la Suisse Romande, 1911, 20. août.)

F. Baum. Die primäre Ohrspeicheldrüseneiterung des Säuglings und deren Behandlung. (Zentralbl. f. d. ges. Therap., 1911, Bd. XXIX, S. 339.)

G. V. J. Baus. Etude sur le corset. (Dissert., Bordeaux.)

O. H. Becker. Über die kongenitale Duodenumatresie. (Dissert., Gießen.) (Elisabethkrankenhaus, Aachen.)

R. Berro. Consideraciones alrededor de un caso de megacolon congénito. (Arch. latino-americanos de Pediatria, sept.-oct. 1911.)

A. Biermanns. Zur operativen Behandlung der Hirschsprungschen Krankheit. (Dissert., Kiel.)

Franck van der Bogert. A case of congenital stenosis of the ileum apparently of syphilitic origin. (Arch. of Pediatrics, août 1911.)

A. du Bois. Traitement de la hernie inguinale congénitale chez l'enfant en bas âge. (Dissert., Paris.)

Bonnaire. Deux cas de genu recurvatum chez le nouveau-né. (Bull. de la société d'obstétr. de Paris, 1911, Bd. XIV, S. 349.)

Evan Owen Bowen. Pyonephrosis, operation, recovery. (The British Med. Journ., April 1912.)

P. Breuer. Beiträge zur Anatomie und chirurgischen Behandlung der Nabelschnurbrüche. (Univ.-Frauenklinik, Breslau.)

A. Broca. Traitement orthopédique et chirurgical de la maladie de Little. (Ann. de méd. et chir. infant, 1911, Bd. XV, S. 692.)

A. Bronne. Über Verletzungen des Fötus. (Univ.-Frauenklinik, Straßburg.) (Straßburg.)

W. Brückner. Anatomische Untersuchung eines Falles von Sirenenbildung. (Pathol. Institut, Leipzig.) (Leipzig.)

G. Brügger. Ein Teratom am Rücken mit Spaltung der Wirbelsäule nach vorn und nach hinten. (Dissert., Lausanne.)

Raoul Brunon. Appendicite chronique ou tuberculose. (Le Bull. méd., 1911, Nr. 88, S. 971.)

Bugs. Zur Kasuistik der Hirschsprungschen Krankheit (Megacolon congenitum.) (Med. Poliklinik u. Kinderklinik, Kiel.) (Kiel.)

Burnier. Tumeur de l'hypophyse avec arrêt de développement du squelette. (Nanisme hypophysaire.) (La Presse méd., 1911, Bd. XIX, S. 973.)

J. Cabanis. Diagnostic et traitement des adénopathies cervicales chez l'enfant. (Dissert., Montpellier.)

M. v. Cackovic. Über das Ulcus ventriculi im Kindesalter und seine Folgen. (Arch. f. klin. Chir., 1912, Bd. IIC, S. 301.)

Campbell. Management of appendicitis in childhood. (Behandlung der Appendizitis im Kindesalter.) (Amer. Journ. Obstetr., Mai 1912.) W a c h e n h e i m (New York).

— Treatment of fractures at elbow in childhood. (Behandlung der Ellbogenfrakturen im Kindesalter.) (Amer. Jounr. Obstetr., April 1912.) W a c h e n h e i m (New York).

Canaguier. Observation de péritonite aigue probablement appendiculaire chez un enfant de cinq jours. (La Clinique infant., 1912, Bd. X, Nr. 8, S. 240.)

R. F. Caradec. Le polype choanal. (Dissert., Paris.)

B. Br. Cates. Spina bifida. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. DCXV, S. 13.)

E. Charvin. De la lithiase rénale et urétérale chez l'enfant. (Dissert., Lyon.)

V. Chlumsky. Ein neuer Beitrag zur Ätiologie der Skoliose. (Zentralbl. f. Chir., 1912, Bd. XXXIX, S. 212.)

E. Classen. Über die Extension in Beugestellung bei der tuberkulösen Koxitis des Kindesalters. (Dissert., Zürich.)

C. Claeys. Abcès par congestion et hernie lombaire. Gaz. des hôp., 1911, Bd. LXXXIV, S. 585.)
O. Cozzolino. A proposito dell' operazione a caldo negli adenoidei. (La Med. italiana, 1911.)
— Considerazioni su tre casi d'invaginazione intestinale acuta ileocecale in lattanti. (La Med. italiana, 1911.)
M. Cramer. Beiträge zur Kenntnis der Polydaktylie und Syndaktylie beim Menschen und einigen Haustieren. (Dissert., Bern.)
Critchlow. Congenital idiopathic dilatation of colon: Hirschsprungs disease. (Angeborene idiopathische Dickdarmerweiterung: Hirschsprungsche Krankheit.) (Northwest Med., März 1912.)
Wachenheim (New York).
A. Culan. La mégacôlon congénital ou dilatation idiopathique du gros intestin (maladie de Hirschsprung). (Dissert., Paris.)
A. Dabarca. Cuerpo extrano de la vias respiratorias. (Arch. latino-amer. de pediatria, 1911, sept.-oct.)
P. Déhillotte. Contribution à l'étude de rein mobile chez l'enfant. (Dissert., Montpellier.)
P. Delbet, Herrenschmidt et **Beaunay.** Chloroformisation et capsules surrénales. (Chloroformnarkose und Nebennierenkapseln.) (Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 252.)
Th. Deneke. Der künstliche Pneumothorax, seine Technik und seine Erfolge. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1911, Bd. VIII, S. 546.)
Hubert Deselaers. Anatomische Untersuchungen eines Falles von Situs viscerum inversus totalis. (Dissert., Straßburg, 1912, 46 S.)
F. M. R. Devouges. De la scoliose congénitale. (Dissert., Nancy.)
P. Doudon. Du décollement symphysaire dans les traumatismes du bassin chez l'enfant. (Dissert., Bordeaux.)
Dubreuilh. Sarcomatose cutanée infantile. (Ann. de Dermatol. et Syphil., 1911, Bd. V, S. 240.)
R. Dulac. Des tumeurs congénitales de la région antéro-latérale du cou du fortus dans leurs rapports avec l'accouchement (Dissert., Paris.)
Durante. Un cas de péritonite foetale compliqué de perforation intestinale. (Comptes rendus de la société d'obstétr. de Paris, 1911, Bd. XIV, S. 362.)
O. Ebert. Nierensteine im Kindesalter. (Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 399.)
E. Ebstein. Hypertrichosis und Spina bifida occulta. (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk., 1911, Bd. XLIII, S. 81.)
A. Eder. Zur Diagnose und Therapie der kongenitalen Nierendystopie. (Dissert., Königberg.)
W. Egloff. Deformitäten des oberen Femurendes bei angeborener Hüftgelenksluxation. (Dissert., München.)
A. Epstein. Chirurgische Behandlung des Kryptorchismus. (Dissert., Bern.)
J. H. Evans. Median congenital fissures, fistulae and dermoid cysts of the nose. (British Journ. of Child. Dis., 1911, Bd. VIII, S. 535.)
Fabre et **Jarricot.** Transmission de la mère à l'enfant d'une malformation des deux mains. (Comptes rendus de la société d'obstétrique de Paris, et de Réunions obstétricales de Lyon, de Montpellier et de Lille 1911, Bd. XIV, S. 392.)
Fabre et **Rhenter.** Ulcération duodénale dans un cas de melaena du nouveau-né. (Bull. de la Soc. d'obstétr. de Paris, 1911, Bd. XIV, S. 489.)
Th. Fauvet. Contribution à l'étude des tumeurs du quatrième ventricule chez l'enfant. (Dissert., Paris.)
D. Felertag. Über die Gefahren der Nabelschnurumschlingung für das Kind. (A. d. Univ.-Frauenklinik, Berlin.)
Ad. Feldmann. Über die Entstehung der Hasenscharten. (Pathol. Institut.) (Dissert., Rostock.)
L. Fisahn. Xanthoma tuberosum multiplex beim Säugling. (Dissert., Jena.)

Fouquet. Angine de Ludwig chez un garçon de dix ans. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 483.)
R. Foy. Contribution au traitement de l'ozène par la rééduction respiratoire nasale. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 495.)
R. Français. Ostéomyélite aigue du maxillaire supérieur chez le nourrisson. (Akute Osteomyelitis des Oberkiefers beim Säugling.) (Arch. de méd. des enfants, 1912, Bd. XVI, S. 38.)
P. Frangenheim. Die angeborenen Systemerkrankungen des Skeletts. (Ergebn. d. Chir. u. Orthopäd., 1912, Bd. IV, S. 90.)
—. Ostitis fibrosa im Kindesalter. (Beitrag z. klin. Chir., 1911, Bd. LXXVI, S. 227.)
W. Frensdorf. Ein Beitrag zur Kasuistik und Pathogenese der kongenitalen Gallengangsatresien. (Dissert., Heidelberg.)
W. Frick. Über angeborene Pektoralisdefekte. (Dissert., Königsberg.)
N. Ganeff. Über angeborene Stenose und Atresie der Aorta durch fötale Endokarditis. (Univ.-Frauenklinik, Würzburg.) (Dissert., Würzburg.)
Gasne. Disjonction traumatiqne des sutures lambdoide et pétro-occipitale chez un enfant. (Rev. d'orthopédie, 1912.)
M. Gastaldi. Contribution à l'étude de l'inégalité du volume des reins et de l'atrophie congénitale unilatérale. (Dissert., Paris.)
R. Gayrand. Le cancer dans les vingt premières années de la vie. (Dissert., Montpellier.)
A. Gaus. Verletzungen der Kinder bei Extraktionen. (Dissert., München.)
G. Gendron. L'adénopathie médiastine, sa valeur clinique dans les tuberculoses pulmonaires aigues et curables de l'enfant. (Dissert., Paris.)
Gibson. Rupture of the kidney in children. (Nierenruptur bei Kindern.) (Amer. Journ. Med. Scienc., Mai 1912.)
Interessante Mitteilung über diese ziemlich seltene Verletzung. Wachenheim (New York).
E. Goebels. Über eine Mißbildung im Gebiete des fötalen Urogenitalsystems und des unteren Darmabschnittes. (Dissert., Bonn.)
J. Gourdon. Scoliose congénitale et atrophie des apophyses épineuses. (Rev. d'orthopédie, 1912.)
W. Graf. Über Atresia auris congenita mit Mikrotie. (Dissert., Zürich.)
D. M. Greig. A complex tumour of the fronto-nasal region. (British Journ. of Child. Dis., 1911, Bd. VIII, S. 458.)
P. Grisel. Deux observations d'invagination intestinale. (Bull. de la Soc. de péd. Paris, 1911, S. 439.) R. Weigert (Breslau).
Grossard et Kaufmann. Rapports sur les complications de l'adénoidectomie. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 483.)
Guisez. Abscès latéro-pharyngien d'origine otique. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 492.)
Ludwig Gundlach. Über kongenitale Pektoralisdefekte und ihre Entstehung. (Chir. Univ.-Klinik.) (Dissert., Breslau.)
M. Huller. Ostéomyélite du nourrisson. (Osteomyelitis beim Säugling.) (Gaz. des hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 625.)
J. D. Harris, X'Ray. Treatment of sarcoma. A case of roundcelled sarcoma of the right angle of the lower jaw in which colossal doses of X'Rays proved effective. (Lancet, 1911, Bd. CLXXXI, S. 882.)
E. Hartmann. Über Urachuszysten. (Dissert., Halle.)
H. Hoffmann. Zur Diagnose und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit. (Beiträge z. klin. Chir., 1911, Bd. LXXVI, S. 533.)
J. Hornowski. Einige Bemerkungen über die Entstehung der angeborenen Zystenniere. (Virchows Arch., 1912, Bd. CCVII, S. 61.)
J. Horwitz. Holoacardius paracephalus cyclops. (Dissert., München.)
Fr. Hoth. Ein Fall von kongenitalem partiellem Ulnadefekt. (Dissert., Freiburg i. Br.)
Ad. Jalaguier et L. Lamy. Torticollis congénital — tenotomie sous-cutanée — résultats, 2, 3, 4, 6, 10 ans après l'intervention — pré-

sentation de malades. (Behandlung angeborenen Schiefhalses mit subkutaner Sehnendurchschneidung, Resultate nach 2 bis 10 Jahren.) (Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 300.)

L. H. M. Jamault. Le traitement des tumeurs blanches des jeunes sujets par les infections motificatrices, articulaires et intra-epiphysaires. (Dissert., Bordeaux.)

K. Imminger. Zwei Fälle von Schenkelhalsfraktur im Kindesalter. (Dissert., München.)

W. Jordan. Rheumatoid arthritis in a child. (Rheumatoide Arthritis bei einem Kinde.) (British Med. Journ., 1912, Nr. 2668, S. 363.)

H. Josephy. Über Rüsselbildung bei Zyklopie. (Virchows Arch., 1911, Bd. CCV, S. 407.)

E. Jouon. Un cas de fracture de l'astragale chez l'enfant. (Rev. d'orthopédie, 1912.)

Ch. Isobard de Chénerille. De la hernie inguinale étranglée chez le nourrisson. (Dissert., Montpellier.)

P. Israel. Schwere Aphyxie eines Säuglings bei Reposition eines Nabelbruches. (Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 404.)

S. Kaplan. Angeborener Defekt der Vagina. (Dissert., Berlin.)

H. Kaufmann. Zur Kasuistik und Genese der Sirenenmißbildungen. (Dissert., Straßburg.)

M. Kaufmann-Wolf. Embryologische und anatomische Beiträge zur Hyperdaktylie. (Dissert., Heidelberg.)

S. Katznelsohn. Die Darminvagination. (Dissert., Berlin.)

A. Keck. Zur Kenntnis der Zwerchfellhernien bei Neugeborenen und ihre Entwicklung. (Dissert., Würzburg.)

M. Kelerworm. Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes und ihre Resultate in der orthopädischen Abteilung der Breslauer Klinik. (Dissert., Breslau.)

Ker. Appendicitis in children. (Appendizitis bei Kindern.) (Western Med. Review, März 1912.) Wachenheim (New York).

Ch. G. Kerley. The radical removal of the tonsils and adenoids. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 805.)

King. Intussuszeption. (Southern California Pract., Februar 1912.)

E. Kirmisson. A propos d'ostéites multiples d'un membre. (Le Bull. méd., 1911, Nr. 70, S. 779.)

— De l'invagination intestinale chez l'enfant. (Bull. Méd., 1911, S. 579.)

— Ectopie testiculaire. (La péd. prat., 1912, Nr. 2, S. 19.)

— Persistance du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic. (Journ. des prat., 1912, Nr. 10, S. 145.)

R. Kirsch. Beitrag zur Statistik des Ulcus ventriculi rotundum. (Dissert., München.)

H. Koplik. The cerebral forms of poliomyelitis. (Amer. Journ. of dis. of Child., 1911, Bd. II, S. 75.)

S. Körner. Zur Kasuistik der supraduralen Hämatome im Kindesalter. (Dissert., Zürich.)

P. Lamert. Über die an der Breslauer königlichen Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten seit dem Jahre 1902 beobachteten Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen. (Dissert., Breslau.)

M. Lance. La spondylite typhique (Typhoid spine; Spondylitis, Sondulosis. Spondylarthritis typhosa). (Gaz. des hôp., 1911, Bd. LXXXIV, S. 1018.)

P. Lebègue. Essay sur les anomalies et maladies congénitales des voies lacrymales. (Dissert., Paris.)

F. Lehmann. Über 24 Fälle von Spina bifida. (Dissert., Basel.)

A. Leites. Radikaloperationen von Inguinalhernien im Kindesalter. (Chir. Klinik d. Charité.) (Dissert., Berlin.)

Linke. Über einen Pantopagus. (Med. Klinik, 1911, Bd. VII, S. 1621.)

S. Litwin. Über Geburtsblutungen am kindlichen Schädel. (Dissert., Freiburg i. Br.)

J. L. A. Lombard. Contribution à l'étude des fractures du col du fémur chez les enfants. (Dissert., Nancy.)
A. Lotz. Über die kongenitale Atresie der Speiseröhre. (Dissert., Gießen.)
J. Loubier. Action de quelques agents physiques sur l'obstruction intestinale. (Dissert., Paris.)
Lovett. Relation of scoliosis to school life. (Verhältnis der Skoliose zur Schule.) (Lancet-clinic, 4. Mai 1912.)
Bruneau de Laborie. Traitement radiothérapique des adénopathies tuberculeuses. (La clinique infant., 1912, Bd. X, Nr. 10, S. 299.)
V. Luneau. Hernies diaphragmatiques congénitales. (Dissert., Montpellier.)
G. Marey. Contribution à l'étude d'une variété particulière d'exostose de la voûte crânienne, le spongiostéomie. (Dissert., Paris.)
Ch. Martin-Du Pan. Le procédé de Lorthioir pour la cure radicale des hernies chez les enfants. (Rev. méd. de la Suisse Romande, nov. 1911.)
F. Marty. Contribution à l'étude des kystes pré-sternaux d'origine congénitale. (Dissert., Bordeaux.)
Marvel. Appendicitis in childhood. (Appendizitis im Kindesalter.) (Arch. of Pediatrics, Mai 1912.) Wachenheim (New York).
E. Masson. De l'anestésie par l'éther chez les enfants en bas âge. (Dissert., Genf.)
Matheny. Intussusception in children. (Darminvagination bei Kindern.) (Pennsylvania Med. Journ., März 1912.)
Wachenheim (New York).
V. Matringhem. A propos d'un cas de cystocèle inguinale chez l'enfant. (Dissert., Lille.)
A. Matthey. Deux cas de bec-de-lièvre pseudo-médian dont l'un compliqué d'anencéphalie. (Rev. méd. de la Suisse Romande., Februar 1912.)
Mauclaire. Symptomes, diagnostic et traitement des malformations congénitales de l'anus et du gros intestin. (Gaz. des hôp., 1911, Bd. LXXXIV, S. 681.)
S. Medowoy. Beitrag zur Pathologie und Klinik der Darmokklusion. (Dissert., Basel.)
Meignant. Invagination intestinale aige du bas âgue. (L'Anjou méd., 1911, Nr. 9, S. 230.)
L. Meyer et **E. Hauck.** Les ruptures de la dure-mère cranienne chez les nouveau-nés. (Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol., 1912, März.)
G. Mezger. Beschreibung einiger Mißbildungen mit Störung des Körperverschlusses. (Dissert., Straßburg.)
M. Mgaloblischwili. Über die an Perityphlitis sich anschließenden intra- und perihepatischen Affektionen. (Dissert., Basel.)
W. Mißmahl. Über Behandlung und Resultate der Spina bifida. (Dissert., München.)
O. W. H. Mitchell. Primary tumor of lymph vessels and typical lymphadenoid tissue. (Journ. of Med. Research., 1911, Bd. XXIV, S. 97.)
Miwa und **Saito.** Ein Fall von Lymphangioma cysticum des Bauches. (Zikazasshi, 1911, Nr. 133.)
Ch. Molinié. Le kyste hydatique du poumon chez l'enfant. (Dissert., Bordeaux, 1911.)
H. Möller. Über einen Fall von doppeltem Enddarm. (Dissert., Basel.)
P. Morigny. Traitement des ankyloses vicieuses du genou chez l'enfant par l'ostéotomie chantournante sus-condylienne. (Technique de Lardenois.) (Dissert., Paris.)
Moscheowitz. Torsion of the uterine adnexa in the hernias of nurslings. (Drehung der uterinen Adnexe in Säuglingshernien.) (New York Med. Journ., 6. April 1912.) Wachenheim (NewYork).
A. Mouchet et **O. Pizon.** Le spina bifida. (Gaz. des hôp., 1911, Bd. LXXXIV, S. 793.)
H. Müller. Über Situs inversus partialis. (Zieglers Beitr., 1911, Bd. LXI, S. 632.)

R. W. Murray. The treatment of cleft palate. (Lancet, 1911, Bd. DCXXXI, S. 1466.)

M. Mutel. Traitement du pied bot varus équin congénital chez l'enfant. (Dissert., Nancy.)

A. Nagamachi. Über einen Fall von Doppelmißbildung. (Cephalo-Thoracopagus.) (Dissert., München.)

Nicod. Le traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little. (Rev. méd. de la Suisse Romande, 1911, 20. août.)

G. Nicollon des Abbayes. Iconographie de l'exploration de la colonne vertébrale tuberculeuse chez l'enfant. (Dissert., Paris.)

A. W. Nuthall. Congenital dislocation of shoulder. (Kongenitale Dislokation der Schulter.) (British med. Journ., 1912, Nr. 2668, S. 363.)

W. Ollendorff. Ein Fall von doppelseitigem kongenitalem Klavikuladefekt. (Med. Univ.-Klinik.) (Dissert., Bonn.)

J. Oumansky. Contribution à l'étude de la résistance de la diaphyse du fémur humain. (Dissert., Genf.)

Ph. Palanqui. Les monstres coelosomies agenosomes. (Dissert., Toulouse.)

A. Paris. La cloison nasale. Ses déviations et leur traitement. (Dissert., Paris.)

Payan et **Moiroud.** Occlusion intestinale mécanique précoce au cours d'un abcès appeddiculaire. (Gaz. des hôp., 1911, Nr. 145, S. 2079.)

G. Pelletier. Traitement sanglant précoce des fractures sus-condyliennes du coude chez l'enfant. (Dissert., Paris.)

L. Perewalowa. Über die Veränderungen der Milz nach Verbrennung. (Dissert., Bern.)

Samuel Perlis. Etat actuel de la question du traitement de la maladie de Little par l'operation de Foerster. (Thèse de Lyon, 1911.)

P. Petit. Malformations multiples chez une enfant atrophique. (La Clinique infant., 1912, Bd. X, Nr. 7, S. 209.)

Ch. L. Phalippon. Les cyclopes. (Dissert., Toulouse.)

J. Pietzsch. Über 2 Fälle von Atresia ostii aortae congenita. (Dissert., Erlangen.)

Fr. W. Pinneo. Anesthesia in the surgery of childhood. (Die Anästhesie in der Chirurgie des Kindesalters.) (Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 18.)

René Porak. Un cas de tache bleue mongolique avec examen histologique. (Histologische Untersuchung eines Mongolenfleckes.) (Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1912, S. 26.)

E. J. Poynton et **A. Paine.** A further contribution of the study of rheumatism: The experimental production of appendicitis by the intravenous inoculation of the diplococcus. (Lancet, 1911, Bd. CLXXXI, S. 1189.)

Provinciali Umberto. Il sarcoma del rene nell infanzia. (La Pédiatria, dec. 1911.)

M. Ratalowski. Zur Frage der Behandlung der Halsdrüsen und Knochentuberkulose mit Röntgenlicht. (Dissert., Basel.)

P. Redard. Du pronostic éloigné des luxations congénitales de la hanche opérée par la méthode non saglante. (Die spätere Prognose der auf unblutigem Wege operierten angeborenen Hüftgelenksluxationen.) (Ann. de Méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 26.)

Reed. Hernia in children. (Hernien bei Kindern.) (West Virginia Med. Journ., Mai 1912.)

Rees. Congenital dilatation of colon. (Angeborene Dickdarmerweiterung.) (Journ. So. Carolina Med. Assoc., April 1912.)

Wachenheim (New York).

H. Regner. Über die blasenförmige Vorwölbung des angeborenen verschlossenen vesikalen Harnleiterendes. (Dissert., Gießen.)

H. Reichel. Zur Ätiologie der kongenitalen und juvenilen Skoliose. (Orthop. Univ.-Poliklinik München.) (Dissert., München.)

J. Renaut. Poliomyélite aigue épidémique. (Ann. de méd. et chir. infant., 1911, Bd. XV, S. 210.)

André Rendu. Absence congénitale du péroné. (Rev. d'orthopédie, 1912.)
F. Resnitzky. Torticollis. (Dissert., Bern.)
H. Reynès. Un cas d'occlusion intestinale paralytique chez un nouveau-né. (Le Progrès méd., 1911, Nr. 40, S. 483.)
E. Richter. Über Verschluß des Ductus venosus Arantii nebst Bemerkungen über die Anatomie der Pfortader. (Virchows Arch., 1911, Bd. CCV, S. 257.)
H. L. Rocher. Double genou à ressort congénital. (Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux. 1911, Nr. 44, S. 519.)
— Fracture de l'humérus droit au tiers inférieur. Ostéo-synthèse par le procédé de Lambotte. Résultat anatomique parfait. Paralysie radiale partielle et passagère due à la compression du nerf par le cal. (Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, Nr. 10, S. 149.)
— Sarcome du maxillaire supérieur gauche chez un bébé de vingt et un mois. (Journ. de méd. de Bordeaux, 1911, Nr. 52, S. 824.)
— Volumineux angiome caverneux ulcéré de la lèvre inférieure chez une fillette de cinq ans. Extirpation, Guérison. (Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, Bd. VII, S. 103.)
Fr. Roe et **E. H. Shaw.** A case of congenital atresia of the duodenum. (Lancet, 1911, Bd. CLXXXI, S. 947.)
A. Rosenstiel. Beitrag zur Kenntnis der Hirschsprungschen Krankheit. (Dissert., Zürich.)
P. B. Roth. The treatment of torticollis. (Lancet, 1911, Bd. DCXXXI, S. 759.)
M. Röttinger. Zur Therapie der Coxa vara rhachitica. (Dissert., Erlangen.)
A. Routier. Les gros abcès pelviens d'origine appendiculaire. Leur traitement. Dix observations de guérison. (Bull. méd., 1912, Bd. XV, S. 167.)
A. Saccone. Linfosarcoma nodular primitive del iléon. (Arch. latino-americanos de Padiatria, sept.-oct. 1911.)
Sack. Die operative Behandlung des Mastdarmvorfalles bei Kindern. (Therap. Monatsh., 1911, S. 541.)
R. Salusbury Trevor. Aneurysm of the descending branch of the right coronary artery, situated in the wall of the right ventricle, and opening into the cavity of the ventricle, associated with great dilatation of the right coronary artery and non- valvular infective endocarditis. (Proc. of the Royal Soc. of Med., nov. 1911.)
Savariaud et **Dutheillet de Lamothe.** Abcès cérébelleux et abcès cérébral d'origine otique. (Journ. de méd. de Paris, 1912, Bd. IX, S. 171.)
W. Scharf. Über Fremdkörper im Kehlkopf. (Dissert., Rostock.)
D. Schenderowitsch. Über die operative Behandlung von Inguinal- und Umbilikalhernien bei Kindern. (Dissert., Bern.)
R. Schindler. Meningocele spuria traumatica. Sammelreferat. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. III, S. 1.)
M. Schlaaff. Pathologische Luxation des Hüftgelenkes nach Scharlach. (Dissert., Halle.)
M. Schröter. Über einen Fall von angeborener, doppelseitiger Hydronephrose mit Verschluß des Orificium urethrae externum. (Dissert., Leipzig.)
W. Schüler. Holocardius acephalus unipos. (Dissert., Rostock.)
N. Sengoku. Über die Dauerresultate der Radikaloperation freier kindlicher Leistenhernien. (Dissert., Erlangen.)
J. H. Sequeira. Bullous eruption associated with appendix abscess in a child of three. (British Journ. of Dermatol., 1911, Bd. XXIII, S. 295.)
Lindley Sewell. Dangers in the removal of tonsils and adenoids. (Med. Chronicle, juillet 1911.)
Sheffield. Appendicitis, typhlitis, perityphlitis. (Pediatrics, Mai 1912.)
Wachenheim (New York).
E. Sidoun. Sur un cas de macrostomie unilatérale droite avec malformation auriculaire et tumeur pré-auriculaire. (Dissert., Paris.)

K. Siebert. Beitrag zur Lehre von der kongenitalen Skoliose. (Dissert., Leipzig.)

C. Simeray. De la forme fruste de la coxalgie. (Dissert., Paris.)

J. F. Sinclair and **H. K. Pancoast.** An atypical case of acute epiphysitis in an infant. (Arch. of Pediatrics, Februar 1912.)

W. von der Sluys. Zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter und bei Erwachsenen. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1911, Bd. VIII, S. 526.)

Th. S. Southworth. The surgical management of acute abscesses of lymphatic glands in infancy. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 767.)

G. Sterling Ryerson and **L. Wickham.** Two cases of sarcoma, treatment by radium. (The British Med. Journ., 28. oct. 1911.)

H. Stöber. Die Entwicklung des Speiseröhrenepithels in einer kongenitalen Zyste des Ösophagus. (Ziegl. Beitr., 1912, Bd. LII, S. 512.)

J. Strauß. Über einige Fälle seltener Mißbildungen. (Med. Klinik, 1911, Bd. VII, S. 1456.)

A. Struck. Zur Kasuistik der Zystitis und Bakteriurie im Kindesalter. (Pädiatr. Poliklinik München.) (Dissert., München.)

S. Sucker. Über ein Teratom des Steißbeins. (Dissert., Zürich.)

Th. Sudhoff. Zur Kasuistik der kongenitalen Atresie des Conus arteriosus dexter und des Pulmonalarterienostiums. (Dissert., Gießen.)

Taylor. The surgery of rachitis. (Chirurgie der Rachitis.) (Arch. of Pediatrics, Mai 1912.) W a c h e n h e i m (New York).

G. Ter-Gabrieljanz. Über die typische und atypische primäre Lymphdrüsentuberkulose. (Dissert., Berlin.)

A. Terterianz. Metatarsus varus congenitus im Zusammenhange mit Trichterbrust. (Univ.-Poliklinik f. orthop. Chir.) (Dissert., Berlin.)

Martial Testard. De la tache bleue congénitale à pigment dermique, dite mongolique. (Thèse de Paris, nov. 1911.)

Th. Thomassian. Parotidite suppurée chez le nouveau-né. (Dissert., Genf.)

Rudré Trèves. Etude sur les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. (Thèse de Paris, 12. juillet 1911.)

A. S. Trevor. Aneurysm of the descending branch of the right coronary artery, situated in the wall of the right ventricle, and opening into the cavity of the ventricle, associated with non-valvular infective endocarditis and dilatation of the right coronary artery. British Journ. of Child. Dis., 1911, Bd. VIII, S. 546.)

A. E. Turnbull. Twin monsters with acute hydramnios. (The British Med. Journ., April 1912.)

W. Uhlmann. Pneumokokkenerkrankungen der Knochen und Gelenke im Kindesalter. (Dissert., Heidelberg, 1912, 40 S., J. Hörning.)

H. A. Vauvray. De la pronation douloureuse des petits enfants. Subluxation du radius. (Dissert., Nancy).

A. Velebil. Beitrag zur Erkenntnis der Kleinhirngeschwülste im Kindesalter. (Wiener klin. Rundschau, 1912, Bd. XXVI, S. 81, 100, 116.)

E. H. F. Versepuech. Nouveaux appareils pour le traitement du piedbot varus équin congénital non invétéré. (Dissert., Paris.)

A. E. Vieille. Du sarcome congénital des membres chez l'enfant. (Dissert., Nancy.)

Petit de la Villéon. Kyste congénital thyro-hyoidien à glandules salivaires ectopique. Incision esthétique basse. (Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, Bd. XXIV, S. 118.)

R. Vincent. A case of intussusception. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. CLXIV, S. 309.)

H. Walther. Über die empyematische Skoliose. (Dissert., Zürich.)

O. Warschauer. Ein Beitrag zur Kenntnis des Craniopagus frontalis. (Dissert., Königsberg.)

H. Weckbecker. Ein Fall von kongenitalem Brustmuskeldefekt verbunden mit Hypoplasie der Skapula und des betreffenden Armes. (Dissert., Bonn.)

E. Weill et **Dauvergne.** Sur un cas de traumatisme cérébral chez un enfant, suivi d'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien, traité par des ponctions rachidiennes successives. (La pédiatrie prat., Nr. 31, S. 539.)

Weill et **Gardère.** Ulcère du duodénum chez un enfant d'un mois; mort par hémorragie intestinale. (La pédiatrie prat., 1912, Nr. 7, S. 112. Lyon méd., 1911, Bd. DXVII, S. 1177.)

E. Weill, G. Mouriquand et **Gardère.** Enorme tumeur du rein gauche simulant une hypertrophie splénique. Réaction de Weinberg très positive. Opération. Autopsie. Pas de kyste hydatique. (Lyon méd., 1911, Bd. XXVII, S. 1507.)

M. Weill. Contribution à l'étude de la maladie de Hirschsprung. (Dissert., Nancy.)

J. Weinberg. Über Radiumtherapie des Naevus vasculosus. (Dissert., Zürich.)

A. Welsch. Über einen seltenen Fall von Mißbildung. (Dissert., München.)

W. H. Wimmer. Doppelbildungen an den Nieren und ein Versuch ihrer entwicklungsgeschichtlichen Deutung. (Virchows Arch., Bd. 200.) (Dissert., München.)

J. G. Windelschmidt. Über menschliche Doppelmißbildungen. Nebst Beiträgen zur Kasuistik des autositären Thoracopagus tetrabrachius und des Dicephalus tricharchius symbrachius dipus diauchenos. (Dissert., Bonn.)

H. Winkler. Eine angeborene Zwerchfellhernie. (Dissert., München.)

A. Wöhler. Über zwei Fälle von Pneumokokkenarthritis. (Kinderpoliklinik Kiel.) (Dissert., Kiel.)

E. Yoshida. Über Erweiterungen des Dickdarmes im Kindesalter. (Kinderpoliklinik München.) (Dissert., München.)

Young. Arthritis deformans in children. (Arthritis deformans bei Kindern.) (Pediatrics, Mai 1912.) Wachenheim (New York).

J. H. Young. Intussusception in children. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. CLXIV, S. 712. Glasgow Med. Journ., nov. 1911.)

C. Zimmermann. Klinische Untersuchungen über intrauterine Belastungsdeformitäten am Kopf von Schädellagekindern. (Dissert., Freiburg i. Br.)

H. Zoege. Zur Kenntnis der Appendizitis im Kindesalter. (Dissert., Zürich.)

F. W. Zübert. Ein kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des offenen Meckelschen Divertikels. (Dissert., München.)

O. Zürcher. 13 Fälle von Offenbleiben des Ductus arteriosus Botalli. (Dissert., Zürich.)

Craniectomie décompressive chez les enfants. (Rev. générale. Arch. de méd. des enfants, 1912, Bd. XV, S. 614.)

Kinderschutz und Säuglingsfürsorge, Statistik.

Mc Allister. Some newer aspects of the problem of infant hygiene. (Neuere Anschauungen über die Säuglingshygiene.) (Arch. of Pediatrics, Mai 1912.)

M. Aweng. La mortalité infantile dans les agglomérations ouvrières du Nord du département de Meurthe-et-Moselle. (Dissert., Nancy.)

Baker. The value of the municipal control of child hygiene. (Wert der städtischen Aufsicht der Minderhygiene.) (New York State Journ. of Med., Juni 1912.) Wachenheim (New York).

Ch. Balata. La puériculture du premier âge chez les enfants de la classe ouvrière. (Dissert., Montpellier.)

J. F. Bell. Management of the pediatric service in general hospitals. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 761.)

N. Berend. Die Ursachen der Säuglingssterblichkeit in Ungarn. Die bisherigen Resultate und zukünftigen Wege der Säuglingsfürsorge in Ungarn. (Ergebnisse d. Säuglingsfürsorge, 1911, H. 10.)

N. Busse. Die Säuglingssterblichkeit in Pommern nach Alter und Geschlecht. (Univ.-Kinderklinik.) (Greifswald.)

Chambrelent. Le Congrès de Berlin pour la protection de l'enfance du premier âge. (Journ. de méd. de Bordeaux, 1911, Bd. XLI, S. 725, 741.)

Chatin. L'isolement individuel dans les services d'enfants du premier âge. (Die individuelle Isolierung in der Pflege der Säuglinge.) (Lyon méd., 1912, Bd. CXVIII, S. 734.)

O. Couffou. Contribution à l'étude de la protection des nourrissons en France. De l'application du titre et du règlement d'administration publique du 27 février 1877. (Dissert., Paris.)

L. Cruveilhier. Nécessité de l'uniformisation des statistiques concernant la mortalité de la première enfance. (Rev. d'hyg., 1911, Bd. XXXIII, S. 938.)

W. H. Davis. Prevention of infant mortality by breast feeding. (Verhütung der Säuglingssterblichkeit durch Brusternährung.) (Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVI, S. 242. Amer. Journ. Public Health, Februar 1912.)

A. Dehan. Oeuvre des enfants à la montagne de la Caisse des écoles de la ville de Lyon. (Dissert., Montpellier.)

Ch. E. O. Delphanque. Assistance aux enfants du premier âge privés de ressources (avant et après la naissance). Fonctionnement des consultations du bureau de bienfaisance de Lille. (Dissert., Lille.)

M. Deschamps. Dépopulation de la France. Mortalité infantile. Ignorance et misère. (Paris.)

Deutsch. Säuglingsfürsorgestellen, Milchküchen und ergänzende Institutionen in Budapest. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1911, Bd. V, S. 362.)

L. Dufour. La première conférence nationale des Gouttes de lait. (La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 321.)

Effler. Kommunale Fürsorgezentralen. (Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1911, Bd. III, S. 383.)

English. Infantile mortality due to wrong home care. (Kindersterblichkeit wegen schlechter Hauspflege.) (Pediatrics, März 1912.)

Else Federn. Zehn Jahre Settlement-Arbeit in Wien. (Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1911, Bd. III, Nr. 10, S. 287.)

R. Flévez. Les dangers de la vulgarisation mal comprise de certaines données relatives à l'hygiène infantile. (Le Scalpel, 1912, Bd. CXIV, S. 515.)

S. Figowska. Untersuchungen über den Einfluß der Ernährungsstörungen der Säuglinge auf die gesamte Säuglingssterblichkeit der Schweiz. (Dissert., Bern.)

Ganghofner und Schleißner. Über Stillstuben und Stillkrippen. (Prager med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVII, S. 27.)

Georgi. Einführung der unentgeltlichen Geburtshilfe in der Stadt Zürich. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1911, Bd. V, S. 355.)

Grassl. Die Aufzuchtsmenge in den bayrischen Bezirksämtern. (Deutsche Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, 1911, Bd. II, S. 252.)

L. Guibert. De la valeur sociale de l'enfant né par l'accouchement prématuré provoqué dans les cas de bassins rétrécis. (Dissert., Lyon.)

G. Guyard. Essai sur la protection des enfants du premier âge. (Dissert., Montpellier.)

Jenny C. Law Hardy. Der staatliche Kinderschutz in Australien und Neuseeland. (Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1911, Bd. III, S. 313.)

E. Hellmer. Ein Besuch in der niederösterreichischen Landes-Findelanstalt in Eggenburg. (Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1911, Bd. III, Nr. 10, S. 284.)

Ch. Herrman. Premiums for nursing mothers and milk depots for infants. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 518.)

Henriette Herzfelder. Das Recht des unehelichen Kindes im neuen schweizerischen Zivilgesetzbuch. (Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1912, Bd. IV, Nr. 5, S. 137.)

Hess. A cool bed for infants. (Kühles-Bett für Säuglinge.) (Arch. of Pediatrics, Mai 1912.)
Die Vorrichtung zur Abkühlung besteht in einer Kaltwasserunterlage unter einer Drahtfedermatratze. Wachenheim (New York).

O. Heubner. Bemerkungen zur Organisation der internationalen Kongresse für Säuglingsschutz. (Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 1.)

Th. Hoffa. Über Kleinkinderpflege. (Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1912, Bd. IV, Nr. 2, S. 56.)

L. J. R. Hosteing. Les consultations de nourrissons. (Dissert., Paris.)

Howard. Importance of milk stations in reducing city infant mortality. (Herabsetzung der Kindersterblichkeit durch Milchstationen.) (Boston Med. and Surg. Journ., 23. Mai 1912.)

C. J. Hutin. L'hospice I.-B. Thierry pour enfants à Maxéville-Nancy. (Dissert., Nancy.)

Aser Kaminzer. Essai sur la puériculture dans l'antiquité gréco-romaine. (Thèse de Paris, 1911, Nr. 358.)

H. Kathe. Sommerklima und Wohnung in ihren Beziehungen zur Säuglingssterblichkeit. (Dissert., Halle.)

Kaup. Säuglingssterblichkeit und Auslese. (Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 41.)

A. Kockerbeck. Die Gießener Milchkühe. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, Jahrg. 3.) (Gießen.)

H. Koplik. Hospitals for the care of infants and children and the methods of prevention of infection. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 728.)

H. Kuppelmayr. Die Milchverhältnisse der Stadt Metz. (Dissert., Bern.)

Lion. Die Boy Scouts in England. (Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1912, Bd. IV, S. 240.)

E. A. Locke and **T. J. Murphy.** Boston's hospital school for tuberculous children. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. CLXV, S. 240.)

Lust. Die Organisation des Säuglingsschutzes und des Kampfes gegen die Kindersterblichkeit in Belgien. (Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 5.)

S. Mer. Statistische Zusammenstellung der in der Schweiz in den Jahren 1901—1905 beobachteten Todesfälle von Neugeborenen, welche an Ikterus gelitten haben. (Dissert., Bern.)

Merzbacher-Schiff. Einige Bemerkungen über die Drehlade (Findelhäuser.) (Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1911, Bd. III, S. 396.)

L. Moll. Krankenversicherung und Mutter- und Säuglingsschutz. (Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1912, Bd. IV, Nr. 4, S. 120.)

G. Moreau. Considérations sur la criminalité infantile et juvénile. (Dissert., Toulouse.)

Müller. Säuglingspflege zu Luthers Zeit. (Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1911, Bd. III, S. 399.)

Mc Murtrie. The non-residential system of care for crippled children. (Krüppelkinderfürsorge außerhalb der Anstalten.) (Arch. of Pediatrics, Juni 1912.) Wachenheim (New York).

W. P. Northrup. Ward improvements crib warmer; management of „carriers"; prevention of epidemics; childrens service, Presbyterian Hospital. (Arch. of Pediatrics, 1911, Bd. XXVIII, S. 740.)

B. Pallou. Aphthen-Epizootie des Rindviehs (Blasenseuche) und Säuglingsmortalität in ihren gegenseitigen Beziehungen in der Schweiz. (Dissert., Zürich.)

Chr. Paulsen. Die Säuglingssterblichkeit in den mecklenburgischen Aushebungsbezirken in den Jahren 1876—1905. (Dissert., Rostock.)

J. Peiser. Über Entwicklung und Ziele organisierter Säuglingsfürsorge. (Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1912, Bd. IV, S. 18.)

M. J. J. A. Pigasse. La tutelle des enfants assistés. (Dissert., Toulouse.)

Pilf. Die kreisärztliche Beaufsichtigung der Haltekinderstellen. (Zeitschrift f. Medizinalbeamte, 1911, Bd. XVII.)

Clemens v. Pirquet. Die neue Wiener Universitäts-Kinderklinik. (Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1912, Bd. IV, Nr. 3, S. 92.)

W. Platz. Das Recht des ungeborenen Kindes auf Leben. (Dissert., Freiburg i. Br.)

S. Rachal. Zur Statistik der in der geburtshilflichen Abteilung des kantonalen Frauenspitals zu Bern 1874—1907 stattgehabten Zwillingsgeburten. (Dissert., Bern.)

J. Rebaudet. La réglementation du lait à New York. (Dissert., Lyon.)

Redder. Die Bekämpfung der Sterblichkeit unehelich geborener Säuglinge. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. V, S. 407.)

R. Saul. Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin. (Dissert., Rostock.)

E. Schatzmann. Contribution à l'étude des conditions hygiéniques nécessaires dans l'habitation des enfants. (Dissert., Paris.)

J. Scoarnec. De l'organisation des bains salés dans les hôpitaux d'enfants. (Dissert., Bordeaux.)

C. Schulz. Ist es zweckmäßig und berechtigt, in den Polizeiverordnungen von der in den Verkehr gebrachten Milch einen Mindestfettgehalt von 2·7% zu verlangen? (Dissert., Bern.)

Schütze. Krippen und Säuglingsheime in Städten von 25.000 bis 40.000 Einwohnern. (Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 50.)

Hermann Schwarz. Bericht der pädiatrischen Abteilung der Maternity Policlinic (New York). Mit einer Studie über Säuglingssterblichkeit. (Ergebnisse der Säuglingsfürsorge, 1911, H. 11.)

Seiffert. Die Säuglingssterblichkeit in den drei Regierungsbezirken der Provinz Sachsen und die Ursache ihrer Verschiedenheit. (Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1911, Bd. III, S. 181.)

Shaver. Infant mortality and the midwife problem. (Säuglingssterblichkeit und die Hebammenfrage.) (Louisville Monthly Journ. of Med. and Surg., Juni 1912.) Wachenheim (New York).

Alfred Silbernagel. Internationale Jugendfürsorge. (Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1912, IV. Bd., Nr. 4, S. 105.)

Sill. How may we better the condition of the growing child? (Fürsorge für das wachsende Kind.) (Med. Record, 11. Mai 1912.)

Th. S. Southworth. The institutional care of young infants. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1911, Bd. LVII, S. 1443.)

Stern. Äußere Stillhindernisse. (Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1911, Bd. III, S. 401.)

A. Szana. Die Resultate der staatlichen Fürsorge für verlassene Säuglinge in Ungarn. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. 1911, Bd. V, S. 317.)

L. v. Szaynoski. Über die hygienischen Verhältnisse der Säuglinge im Bezirk Rohatyn. (Der Amtsarzt, 1911, Bd. III, S. 460.)

Fr. B. Talbot. Two methods of obtaining human milk for hospital use. (Boston Med. and Surg. Journ., 1911, Bd. CLXIV, S. 304.)

Tugendreich. Statistik der Erfolge von Fürsorgemaßnahmen. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1911, Bd. V, S. 377.)

H. Vendlesse. Les colonies de vacances dans la région du Nord de la France. (Dissert., Lille.)

P. Wagner. Les colonies scolaires de vacances en Lorraine. (Dissert., Nancy.)

H. Walter. Kindersterblichkeit in England. (Die Jugendfürsorge. 1911, Bd. XII, S. 630.)

Walther. Über das weitere Schicksal der aus der Straßburger Säuglingsheilstätte in den Jahren 1901—1908 entlassenen Kinder. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1911, Bd. V, S. 300.)

Wile. The home in its relation to infant morbidity and mortality. (Häusliche Umstände im Verhältnisse zur Säuglingsmorbidität und -mortalität.) (Journ. Med. Soc. New Jersey, Juni 1912.)
Wachenheim (New York).

Williams. A study of infant mortality in Rochester; the relation of market milk thereto. (Verhältnis der Marktmilch zur Säuglingssterblichkeit in Rochester.) (New York Med. Journ., 13. Juli 1912.)

A propos des statistiques de mortalité des enfants du premier âge protégés par la loi Théophile Roussel. (La clin. infant., 1912, Bd. X, Nr. 8, S. 225.)

La mortalité en France de la première et de la deuxième enfance. (La clin. infant., 1912, Bd. X, Nr. 10, S. 301.)

Quelle est la valeur des statistiques sur la mortalité infantile publiées par le Ministère de l'Intérieur. (La clin. infant., 1912, Bd. X, Nr. 7, S. 193.)

Inhalt.

Wachenheim. *Amerikanische Literatur über Poliomyelitis. Sammelreferat 521.* — **Klinik der Kinderkrankheiten. Groedel.** *Physikalische Behandlung der Erkrankungen des Zirkulationsapparates 524.* — **Bokay.** *Lithiasis in Ungarn 525.* — **Paulsen.** *Cholelithiasis 525.* — **Rosenfeld** und **Schrutka v. Rechtenstamm.** *Chronische Albuminurien 525.* — **Nobl.** *Vakzinogene Ausschläge 526.* — **Triboulet, Ribadeau-Dumas** und **Debré.** *Sclerème en plaques 526.* — **Geiser.** *Sklerödem 526.* — **Epstein.** *Ohrringstechen 527.* — **Hochsinger.** *Skrofulose 527.* — **Schuberg** und **Kuhn.** *Übertragung von Krankheiten durch Insekten 528.* — **Schellack.** *Infektion mit Spirochäten 528.* — **Goldreich.** *Diagnostik der Lues hereditaria 529.* — **Rebaudi.** *Syphilis 529.* — **Walter.** *Diphtherie 530.* — **Schurupoff.** *Pest 530.* — **Jochmann.** *Scharlach 530.* — **Popper.** *Poliomyelitis 531.* — **Shukowsky** und **Ssinjoff.** *Polyzystische Degeneration der Nieren 531.* — **Heinrichsdorff.** *Phimose und Nierenerkrankungen 531.* — **Brandenburg.** *Hernia epigastrica 532.* — **Savariaud.** *Hernienbehandlung 532.* — **Berichte.** *Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin 533.* — *II. Ergänzende Literaturübersicht 547.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin W. 50., Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Straßburg | Göppert Göttingen | Knöpfelmacher Wien | Moro Heidelberg | Thiemich Magdeburg | Tobler Breslau
Berend Budapest | Comba Florenz | Johannessen Kristiania | Koplik New-York | Marfan Paris | Thomson Edinburg | Wieland Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XI. **Referate.** Nr. 9.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

R. Lederer und **H. Vogt.** *Spirometrische Untersuchungen zur Pathologie und Pharmakologie der Atmung.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXV, H. 1.)

Die ersten 19 spirometrischen an 7 Kindern durchgeführten Versuche galten der Wirkung wechselnder Alkoholgaben im Hinblicke auf die umstrittene therapeutische Bedeutung des Alkohols bei den akuten Erkrankungen der Atmungsorgane, insbesondere um Anhaltspunkte dafür zu gewinnen, ob durch Erzielung einer vertieften Atmung eine indirekte Hebung des Kreislaufes durch die Alkoholverabreichung denkbar wäre. In der Tat zeigte sich die absolute und relative Atmungsgröße unter 19 Versuchen 11 mal mehr oder weniger gesteigert, desgleichen in mehr als der Hälfte der Fälle die Atemtiefe.

In drei weiteren Fällen wurde der Einfluß des Atropins auf die Atmung von 3 Kindern mit asthmatischer Bronchitis studiert, ohne daß eine ausgesprochene Wirkung festgestellt werden konnte.

Weitere Untersuchungen bestätigten ferner die bereits von Gregor beigebrachten Befunde einer geringeren durchschnittlichen Atemtiefe bei Kindern mit chronisch rezidivierenden Erkrankungen der tieferen Atemwege. Derartige Kinder zeigen ferner, wenn sie auf Aufforderung die Atmung vertiefen, im Gegensatze zum gesunden Kinde, keine Verlangsamung der Frequenz; auch zeigt ihre absolute Atemgröße (durchschnittliche Atemgröße pro Minute) weit größere temporäre Schwankungen, als beim gesunden Kinde beobachtet werden. Freund (Breslau).

Kerr. *Abdominal distress in children.* (Bauchschmerzen bei Kindern.) (New York, Med. Journ., 1. Juni 1912.)

Verf. summiert die recht zahlreichen Momente, darunter mehrere außerhalb der Bauchhöhle, denn neben Appendizitis, inkarzerierte Hernie, Darminvagination, Nierenkolik, Rheumatismus der Bauchmuskeln, Magenerweiterung, Mesenterialtuberkulose, Wanderniere, Darmkatarrh usw. hat der Diagnostiker auch auf entfernte Läsionen wie Pneumonie und Wirbelkaries zu fahnden.

Wachenheim.

G. Variot et **A. Morancé.** *Bruit de glou-glou chez un enfant de 8 ans.* (Bull. de la soc. de péd., Avril 1912, Nr. 4.)

Seit der Beschreibung dieses eigenartigen glucksenden Geräusches durch Variot im Jahre 1881 ist der vorliegende Fall der erste — und zwar überhaupt der erste im Kindesalter —, der zur Beobachtung kommt. Die Entstehungsursache des Phänomens ließ sich hier mittels der Radioskopie dahin aufklären, daß es sich um einen mehrkammerig-abgesackten pleuritischen Erguß handelt, in dem Gasblasen von einer Abteilung in die andere rollen.

Freund (Breslau).

Stowell and **Hillard.** *A comparison of the streptococci from milk and from the human throat.* (Vergleich der Streptokokken der Milch und des menschlichen Rachens.) (Americ. Journ. Dis. Children, Mai 1912.)

Verff. finden als einzigen verwertbaren Unterschied, daß die Milchorganismen Zuckergärung schon bei 20° C hervorrufen, und zwar in fast demselben Maße wie bei 37° C. Bei aus dem Rachen isolierten Kokken ist das bei weitem nicht der Fall. Sonst wären diese Keimformen höchstens durch Virulenzprüfung zu unterscheiden.

Wachenheim.

Hess (Göttingen). *Experimentelle Untersuchungen über das Bakterium Coli als Eitererreger.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 1405.)

Entgegen den Anschauungen v. Baumgartens, nach denen das Bakt. Coli kein Eitererreger ist und bei Befunden von Bakt. Coli in eitrigen Prozessen als sekundärer Schmarotzer zu betrachten ist, bringt Verf. in experimentellen Untersuchungen beim Kaninchen den Beweis, daß durch den fraglichen Mikroorganismus in Reinkultur Eiterungen zu erzeugen sind.

Verf. erzeugte: eitrige Nephritis, Abszesse, eitrige Perikarditis und Pleuritis. Dabei wurden gelegentlich Staphylokokken als sekundäre Schmarotzer gefunden.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Römer. *Weiterer Beitrag zur Frage der Haltbarkeit heterologen Antitoxins im Organismus.* (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., XIII, 3.)

Vom Pferde stammendes Antitoxin — Diphtherie und auch Tetanus-Antitoxin — ist nach subkutaner Injektion im Schafserum

noch nach 6 Monaten nachweisbar. Junge Tiere verhalten sich ebenso wie alte. Eine vorausgegangene Behandlung mit Pferdeserum beschleunigt die Ausscheidung.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Schwarz (Rostock). *Die Einwirkung eines kieselsäurehaltigen Mineralwassers, der Glashäger Mineralquelle, auf die Zahl der Leukozyten im menschlichen Blute.* (Inaug.-Dissert., Rostock, 1911.)

Die im Aprilhefte der Referatenabteilung besprochene Publikation von Schulz (Greifswald) über den Übergang von Kieselsäure in die Milch beim Sterilisieren wird natürlich bereits von der Glasindustrie gebührend ausgenutzt. Demgegenüber hat die obige Arbeit aus der Rostocker internen Klinik insoferne Interesse, als sie den Nachweis erbringt, daß kieselsäurehaltiges Wasser (0·04 pro Liter; nach Schulz im Liter Milch, die in billigen Flaschen sterilisiert worden war, 0·0028 bis 0·0364 pro Liter) eine Leukozytose hervorruft, mithin dort heilsame Wirkungen auslöst, wo wir Leukozyten gegen Infektionen mobil machen wollen. Der Autor kommt daher zu dem Schlusse, daß therapeutische Versuche mit kieselsäurehaltigen Mineralwässern durchaus berechtigt sind und weiteren Ausbau erfordern. Beziehungen der Kieselsäure zum Bindegewebe, insonderheit ihre Bedeutung bei der Therapie der Lungentuberkulose, wurden ja auch bereits von Kobert und Zickgraf nachgewiesen. Klotz.

Schule.

E. Schlesinger (Straßburg). *Schüleruntersuchungen an höheren Schulen.* (Internat. Arch. f. Schulhyg., Separat-Abdr.)

Die Abhandlung berichtet über schulärztliche Untersuchungen an rund 900 Schülern — teils Gymnasiasten, teils Volksschülern —, die im 1., im 4. und im 7. Schuljahre untersucht wurden. Über das Ergebnis äußert sich der Verf. wie folgt:

„1. Hinsichtlich der Gesamtkonstitution, insbesondere des durchschnittlichen Körpergewichtes und der Länge, übertreffen die Zöglinge der höheren Schulen die Volksschüler in allen Altersklassen um ein beträchtliches, am wenigsten noch in der Nona, am meisten in der Sexta; im Laufe der Schulzeit bessert sich durchschnittlich die Konstitution.

2. Blutarmut und Nervosität, neuropathische Konstitution, finden sich in den höheren Schulen viel häufiger als in den Volksschulen, letztere in allen Klassen gleich häufig, erstere namentlich in den unteren Klassen, keinesfalls läßt sich eine Zunahme dieser krankhaften Befunde im Laufe der Schulzeit feststellen, wie dies bei den sogenannten Schulkrankheiten der Fall ist.

3. Die Skrofulotuberkulose in allen ihren Formen und die Residuen der Rachitis und der exudativen Diathese, kleine

Halslymphdrüsen, vergrößerte Mandeln u. a., bei den Lernanfängern in beiden Schulkategorien fast gleich häufig, nehmen in höheren Schulen rascher ab als in den Volksschulen.

4. Bezüglich der Zähne liegen die Versäumnisse in den höheren Schulen insofern günstiger, als im einzelnen Gebiß die Zahl der kariösen Zähne nur ausnahmsweise 4 betrug und als über ein Drittel der Kinder die kranken Zähne plombiert hatte; doch hatten, abgesehen hiervon, auch nur 38% ein annähernd gesundes Gebiß, nach dem Zahnwechsel mehr als vor demselben.

5. Auch die leichten Grade von Schwerhörigkeit sind in den höheren Schulen seltener und nehmen im Laufe der Schulzeit an Häufigkeit ab, im Gegensatze zu den an sich seltenen Fällen hochgradiger Schwerhörigkeit.

6. Der Kropf erfährt während der Schulzeit in den höheren Schulen eine geringere Zunahme als in den Volksschulen.

7. Während die Verbiegungen der Wirbelsäule, insbesondere die bloßen Haltungsanomalien, in der Volksschule nur in den ersten Jahren häufiger, später wieder seltener werden, findet in den höheren Schulen eine Vermehrung dieser Fälle erst später, gegen die Tertia zu, statt, und zwar in größerem Umfange als dort; zweifellos ist die Schule und die Schularbeit hierfür eine Dispositionsquelle, wenn auch nicht direkt von einer Schulkrankheit gesprochen werden kann, um so weniger, als bereits ein nicht kleiner Prozentsatz der Lernanfänger in beiden Schulkategorien eine Skoliose aufweist.

8. Ähnlich liegen die Verhältnisse hinsichtlich der Kurzsichtigkeit, die in den Gymnasien bereits in der Tertia einen großen Umfang und hohe Grade erreicht; doch ist die Prognose der Schulmyopie hinsichtlich Erhaltung der absoluten Sehschärfe und des Grades der Kurzsichtigkeit wesentlich günstiger als diejenige der auf ererbter Disposition entstehenden Vorschulmyopie. Die Zahl der Schüler mit durchaus normaler Sehfähigkeit erfährt im Laufe der Schulzeit keine Abnahme und in den unteren Klassen liegt die Ursache der Herabsetzung der Sehfähigkeit häufiger in Fernsichtigkeit und vor allem in Astigmatismus als in Kurzsichtigkeit."

Birk (Kiel).

Otis, Cabot, Badger, Smith, Goldthwait, Fairbanks. *Conference on diseases among school children and their remedy.* (Konferenz über Krankheiten unter Schulkindern und ihre Behandlung.) (Boston Med. and Surg. Journ., 25. April 1912.)

Sechs Beiträge über die Schulhygiene. Von Interesse ist namentlich die Empfehlung von Fairbanks in bezug auf Abschaffung der Konkurrenzprüfungen und Beschränkung des Unterrichts auf den Vormittag während der ersten Schuljahre. Goldthwait führt verschiedene orthopädische Läsionen auf einfache Ermüdung zurück, die häufig in Verbindung mit bestehender Rachitis zusammenwirkt. Cabot notiert die eventuelle Kostspieligkeit dieser Bestrebungen, meint aber dabei, daß dies den Staat nicht an der Ausführung derselben hindern soll. Smith bemerkt die Schwierigkeiten in bezug

auf die Einschärfung von Reinlichkeit und die Verhütung von ansteckenden Hautkrankheiten (Trichophytie usw.) und Pedikulose.
Wachenheim.

Péchin et **Ducroquet.** *Écriture droite — écriture penchée.* (Rev. d'hyg. et de méd. inf., Tom. X, Nr. 4.)

In Bestätigung und Erweiterung ihrer früheren Untersuchungen über den gleichen Gegenstand kommen die Autoren — der erste ist Ophthalmologe, der zweite Orthopäde — zur Ablehnung der Steilschrift und empfehlen die Schrägschrift als die für das Auge wie für die Wirbelsäule gesündeste Schriftlage. Die ausführliche, dem Referenten durchaus einleichtend scheinende Begründung ihrer Ansicht muß im Original nachgelesen werden. Thiemich (Magedeburg).

Ernährung und Stoffwechsel.

B. Plantenga. *Rohe Milch als Säuglingsnahrung.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 1—3.)

Periodisch abwechselnde Ernährung von ernährungsgestörten Kindern mit roher und gekochter Milch ergab als einzigen Unterschied ein verschiedenes Verhalten des Stuhles. Derselbe war in der Rohmilchperiode dünnflüssiger als in der Gekochtemilchperiode.

Systematische Beobachtungen an einem größeren Material bestätigten ferner die Anschauung, daß rohe Milch für die Verhütung der Barlowschen Krankheit keine Sonderstellung einnimmt. Es zeigte sich, daß der springende Punkt für die Verhütung und Heilung des Säuglingsskorbuts nicht darin liegt, daß keine — selbst wiederholt — erhitzte Milch verwendet wird, sondern daß die Milch möglichst frisch gegeben wird. So konnte Verf. beobachten, daß dieselbe Milch oder Milchmischung skorbutische Erscheinungen hervorrief oder verstärkte, wenn sie erst nach mehr als 24 Stunden zur Verwendung gelangte, während sie die Krankheitserscheinungen beseitigte und verhütete, wenn sie möglichst bald nach der Entnahme und Zubereitung getrunken wurde. Thorspecken (Badenweiler).

Hanbridge. *Infant feeding with undiluted cow's milk.* (Säuglingsernährung mit unverdünnter Kuhmilch.) (New York State Journ. of Med., April 1912.)

Verf. zieht nach eigener Erfahrung die Vollmilch der modifizierten vor, bei verdauungskranken sowie gesunden Kindern. Als Hauptvorsichtsmaßregel wird die anfängliche Gabe geringer Mengen empfohlen, und die Quantität von 120 bis 150 g pro Kilo und pro Tag soll die äußerste Grenze bilden. Viele der Verdauungsstörungen der Kinder beruhen auf einfacher Überfüllung des Magens, diese wird durch die übliche Verdünnung mit Wasser stark gefördert.
Wachenheim.

Ladd. *Studies in the nutrition and digestion of infants.* (Ernährung und Verdauung der Säuglinge.) (Arch. of Pediatrics, Mai 1912.)

Verf. erreichte durch allmähliche Angewöhnung eine ziemlich reichliche Fettaufnahme bei atrophischen Säuglingen, durch Ersatz des Milchzuckers durch Maltose wurde die Gewichtszunahme bedeutend gesteigert. Der Nährwert der Milch wurde durch Pasteurisierung und selbst Kochen durchaus nicht beeinträchtigt, die Gefahr des Skorbuts durch mäßige Gaben von Orangesaft vermieden. Gelegentlich schien es, als ob rohe Milch weniger gut vertragen würde. Der Energiequotient durfte nicht unter 140 fallen und mußte meist bedeutend höher stehen, um befriedigende Gewichtszunahme zu erzielen. Wachenheim.

Levy. *Simple methods of infant feeding.* (Einfache Methoden zur Säuglingsernährung.) (Americ. Journ. Med. Assoc., 22. Juni 1912.)

Verf. empfiehlt einfache Verdünnungen statt der Prozentualmischung, lange Intervalle und Beschränkung der Totalmenge auf einen Liter pro Tag. Wachenheim.

Tonney and **Pillinger.** *The utility of the vacuum bottle in infant feeding.* (Verwendung der Vakuumflasche bei der Säuglingsernährung.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 18. Mai 1912.)

Die Vakuumflasche ist bloß bei richtiger Anwendung gefahrlos. Die Hauptsache besteht darin, daß die Temperatur der Milch über 46° C bleiben muß, um Keimentwicklung zu verhindern; am besten wird sie recht heiß, bei etwa 65° eingegossen, dabei soll die Flasche im voraus erhitzt werden, dann darf man innerhalb 4 bis 6 Stunden eine Abkühlung von höchstens 8° erwarten. Thermometrische Probe beim Eingießen und Gebrauch ist unerläßlich. Die Milch ist bei Temperaturen unter 46° am besten nicht zu verwenden.

Rud. Th. Jaschke (Düsseldorf). *Neue Erfahrungen in der Technik der Ernährung sowie zur Physiologie und Pflege der Neugeborenen.* (Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1912, Bd. XXXV, S. 60.)

Der Aufsatz gilt in der Hauptsache dem Versuche des Verf., die Geburtshelfer mehr als bisher für die Sorge um die Pflege und Ernährung der Neugeborenen zu interessieren. Die mitgeteilten Erfahrungen des Verf. bieten dem Pädiater kaum etwas Neues, sie weichen auch nicht von den modernen, fast allgemein akzeptierten Grundsätzen der Technik der Ernährung und Pflege des gesunden, natürlich ernährten Säuglings ab. Interesse bieten Zahlentabellen über Nahrungsmengen bei normalen Neugeborenen, bei einem Frühgeborenen von 1380 g Geburtsgewicht und bei einem Zwillingspaare. Angesichts der Publikation Rietschels über Ernährung der Brustkinder in den ersten Lebenswochen muß folgende Ansicht des Verf. Erwähnung finden: „Der Meinung, daß bei 2stündigem Anlegen, d. h. bei häufiger Inanspruchnahme der Brust eine Hypogalaktie leichter besiegt wird (Bumm), muß ich durchaus widersprechen." Verf. gibt nach Erfahrungen an über 2000 Fällen dem 1stündigen

Anlegen von Anfang an den Vorzug; nur in gewissen Fällen — bei denen aus sozialen Gründen ein frühzeitiger Übergang zur künstlichen Ernährung stattfindet — wäre vielleicht ein 3stündiges Anlegen mit einer 6- bis 8stündigen Nachtpause gerechtfertigt.

Bitter enttäuscht freilich in dieser Publikation eines für pädiatrische Fragen sehr interessierten Forschers folgender Satz: „Ein Kind (Brustkind), bei dem im Verlaufe der zweiten Woche etwas Soxhlet (!Ref.) zugegeben wurde, ..."

R. Weigert (Breslau).

E. Mayerhofer. *Zur Therapie der Rumination im Säuglingsalter.* (Therap. Monatsh., April 1912, S. 262.)

Ein nervös belasteter 7 Monate alter Säugling, der langdauernde Ernährungsstörungen durchgemacht hatte und schwer atrophisch (3690 g) war, erbrach jede Nahrung unter den Symptomen der Rumination. Auf Verabreichung breiiger Nahrung (Grießbrei) änderte sich das schwere Krankheitsbild wie mit einem Schlage, indem das Kind die breiigen Mahlzeiten fast ganz behielt, während die dünnflüssigen noch unter Rumination erbrochen wurden. Das Kind nahm in 6 Wochen fast 3 kg zu und ertrug dann auch Flüssigkeiten, ohne zu ruminieren.

Zuppinger (Wien).

Sedgwick. *Studies of recurrent or periodical vomiting.* (Studien über das rezidivierende resp. periodische Erbrechen.) (Amer. Journ. Dis. Children, April 1912.)

In bezug auf die Kreatinin- und Kreatinausscheidung bemerkt Verf., daß namentlich letztere während der Anfälle recht stark ist, manchmal fehlt sie zwischen den Attacken, anderseits kann sie auch Jahre nach vermeintlich überstandener Heilung vorkommen. Verf. fand bei diesen Patienten relativ oft adenoide Vegetationen; in einer Reihe von Fällen war die Entfernung dieser Gebilde von bedeutendem oder totalem Nachlassen des Erbrechens gefolgt.

Wachenheim.

Talbot. *Acute duodenal indigestion in children.* (Akute duodenale Indigestion bei Kindern.) (Americ. Journ. Dis. Children. Juni 1912.)

Verf. geht speziell auf die Behandlung ein. Hauptsache ist Ausschluß von Fett und Zucker von der Nahrung; unter Medikamenten stehen die einfachen Alkalien obenan. In bezug auf die Pathologie ist noch manches unklar.

Wachenheim.

Schloss. *A case of allergy to common foods.* (Fall von Allergie zu gewöhnlichen Nahrungsmitteln.) (Americ. Journ. Dis. Children, Juni 1912.)

Bei einem Knaben entwickelte sich Urtikaria nach Aufnahme von Eiern, Mandeln oder Hafergrütze, die Empfindlichkeit gegenüber diesen Substanzen war erworben, nicht angeboren. Artifiziell konnte Urtikaria durch Einimpfung der enthaltenen Proteine erzeugt werden, wobei diese in ihrer Virulenz erheblich differierten. Es gelang, Meer-

schweinchen durch Einspritzung des Serums des Patienten gegen Ovomukoid empfindlich zu machen; auch wurde Patient selbst durch winzige Gaben von demselben Eiweißstoff gegen Eivergiftung allmählich immun gemacht; gleichzeitig schwand auch größtenteils die Empfindlichkeit gegenüber Mandeln und Hafer. Zur Aufklärung der nicht seltenen Eierallergie ist die Arbeit epochemachend.

Wachenheim.

M. M. Katzenellenbogen. *Zur Theorie des Kochsalzfiebers.* (Pädiatrija, 1911, Nr. 5.)

Die Arbeit unterscheidet sich von der in deutscher Sprache erschienenen (Monatsschr. f. Kinderheilk., Originalien, 1911, Nr. 9) insofern, als ein 3. Kapitel hinzugekommen ist: Einführung von Kochsalz per os in einzelnen Dosen. — 2 bis 4 Stunden nach der Nahrungsaufnahme wurde Kochsalzlösung (2 : 40 oder 3 : 40) verabreicht. 2 bis 7 Tage nach Eintreten der Reaktion außer derselben Menge Kochsalz (5 bis 30 Minuten darauf) 200 g Wasser. Ein Teil der Säuglinge hörte allmählich auf, auf ein und dieselbe Menge Kochsalz (bei gleichbleibender Konzentration) zu reagieren oder reagierte bedeutend schwächer als das erstemal. Bei einem andern Teil bewahrte die Reaktion ihre ursprüngliche Intensität, unabhängig davon, ob Wasser nach der Kochsalzlösung verabreicht wurde oder nicht.

Schlieps (Charkow).

A. J. Pospjelowa-Djemkina (St. Petersburg). *Zur Frage des unmittelbaren Einflusses verschiedener flüssiger Stoffe auf die Harnproduktion.* (Pädiatrija, 1912, Nr. 7.)

Die interessanten Beobachtungen wurden an einem 6jährigen Mädchen mit Ectopia vesicae gemacht. Das Kind wurde so gelagert, daß der Harn direkt in ein untergestelltes Glas tropfte. Die Tropfen wurden pro Minute gezählt und ihre Zahl auf einer Kurve eingetragen. Jeder Versuch dauerte 3 Stunden. Nachdem die normale Harnproduktion (6 bis 8 Tropfen in der Minute) festgestellt worden war, wurden Versuche mit Verabreichung von Wasser, Tee, Kaffee, Wasser mit Wein, Milch, Bouillon, Vichy und Kochsalzlösungen verschiedener Konzentration angestellt, deren Resultate auch von praktischer Bedeutung sein dürften. — $^1/_4$ Stunde nach Verabreichung von 200 cm^3 Wasser steigt die Harnabsonderung sprungweise bis zu 80 Tropfen in der Minute, um erst nach 1 Stunde wieder in Sprüngen zur Norm zu fallen. Wurden zur selben Menge Wasser 2 Stück Würfelzucker hinzugefügt, so begann die Harnmenge nach 15 Minuten allmählich zu steigen; der höchste Punkt der Kurve war jedoch 2 mal so niedrig als nach Verabreichung reinen Wassers. Ähnlich wie Zuckerwasser wirkt Wasser mit Wein (Madeira). 200 g Tee mit 2 Stück Würfelzucker ergibt eine Kurve, die sich fast durch nichts von der unterscheidet, die nach Darreichen von reinem Wasser erhalten wurde. Gänzlich wider Erwarten fiel das Resultat nach Verabfolgung von 200 g Milch aus. Nach 17 Minuten stieg die Harnmenge, die Kurve blieb jedoch niedrig und die größte Menge betrug 10 bis 25 Tropfen

in der Minute. 35 bis 38 Minuten nach Beginn des Versuches war die Zahl der Tropfen pro Minute wieder der Norm entsprechend. Die Gesamtharnmenge war 3 mal geringer als die nach Verabreichung derselben Menge Wassers. (Dieser Versuch verdiente besondere Beherzigung von seiten der Milchenthusiasten bei der Nephritistherapie; die vielgerühmte diuretische Wirkung der Milch wird durch einen derartigen Versuch zum mindesten sehr in Frage gestellt. Referat.) Nach Kaffee glich die Kurve etwa der nach Zuckerwasser erhaltenen. Dagegen fiel die Diurese unter die Norm, wenn der Kaffee nicht mit Wasser, sondern mit Milch gekocht wurde. Dasselbe war der Fall bei Kakao mit Wasser respektive Milch. Nach Bouillon fiel die Diurese ebenfalls unter die Norm. Die Verabreichung von 0·1 NaCl in 200 g Wasser hatte keinen wesentlichen Unterschied mit der von reinem Wasser zur Folge. Dagegen fiel die Diurese nach 0·2, 0·3 usw. NaCl unter die Norm und die Kurve wurde proportional der Kochsalzmenge niedriger.

Nach 200 g Vichy steigt die Kurve 5 Minuten nach Verabreichung auf 40 bis 70 Tropfen in der Minute, hält sich auf dieser Höhe 15 bis 20 Minuten lang, um nach $^3/_4$ Stunden wieder zur Norm abzufallen.

Zahlreiche interessante Einzelheiten sowie der Einfluß der Lagerung und Bewegung des Kindes, verschiedener Reize usw. auf die Harnabsondernug sind im Originale nachzulesen, das hoffentlich auch in deutscher Übersetzung erscheinen wird.

Schlieps (Charkow).

King. *Intensity of acidity of urine in children.* (Säuregrad des Kinderharns.) (Boston Med. and Surg. Jour., 9. Mai 1912.

Verf. findet bei Enuresis konstant exzessive Azidität des Urins und hat bedeutende Erfolge mit entsprechender Behandlung mit Kalium citricum zu verzeichnen. Wachenheim.

Nobécourt, Sevestre et **Bidot.** *L'urée dans le liquide céphalorachidien des nourrissons, en particulier dans quelques cas d'affections gastro-intestinales accompagnées de sclérème.* (Bull. de la soc. de péd., Paris, 1912, p. 216.)

Der Harnstoffgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit ist nach den Untersuchungen der Verf. bei verschiedenen Erkrankungen im Säuglingsalter verschieden groß. Der normale Wert scheint 0·15 bis 0·4 g pro Liter zu sein, er kann bei gewissen Erkrankungen bis 4·0 ansteigen. Normal blieb der Harnstoffgehalt bei epidemischer und tuberkulöser Meningitis sowie bei meningealen Reizungen im Verlaufe akuter Infekte; bei einigen Kindern mit Albuminurie verschiedenen Grades war er leicht vermehrt, dagegen sehr stark bei 4 Kindern mit akuten Ernährungsstörungen und schwerem Verfalle sowie Sklerem (letzteres nur bei 3 dieser Patienten). Auch der Urin dieser Patienten enthielt Eiweiß, doch stand die Schwere der Albuminurie nicht im selben Verhältnis, wie der Grad der Harnstoffvermehrung in der Zerebrospinalflüssigkeit. Letzteres Symptom sei daher nicht

auf eine Insuffizienz der Nierenfunktion zu beziehen, vielleicht auf eine solche der Leber. R. Weigert (Breslau).

Clark. *Intestinal implantation of the bacillus lactis bulgaricus in certain intestinal conditions of infants.* (Darmimplantation des Bazillus lactis bulgaricus bei gewissen Darmzuständen der Säuglinge.) (Americ. Jouen. Med. Assoc., 29. Juni 1912.)

Die Behandlung besteht in der Darreichung von Tabletten von einer Reinkultur nach jeder Nahrungsaufnahme, gelegentlich auch vor derselben; die Diät wird nicht geändert; die Verwendung des echten Bac. bulgaricus ist unumgänglich. Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit 22 Fällen von Gastroenteritis und Enterokolitis, davon 6 mit Intoxikationserscheinungen; das Resultat war einförmig günstig. Die Behandlung wurde 3 mal täglich 8 Tage nach scheinbarer Heilung fortgesetzt; als Zeichen der Heilung gilt der normale Stuhlgang. Wachenheim.

Distaso. *Über die Darmfäulnis.* II. Bericht. (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., XIII, 5.)

Stoffe, die dem Dickdarm normalerweise fremd sind, Nutrose, Pepton usw., erhöhen die Lebenstätigkeit der Darmflora bedeutend. Ihre Vermehrung, Gasbildung und die Zersetzung des Darminhaltes ist um ein vielfaches gesteigert. Verf. teilt die Darmflora in zwei Gruppen:

Durch die erste, die azetogenen Bakterien, wird die Fäulnis verhindert. Aus verschiedenen Zuckerarten bilden sie Säuren, besonders Essig- und Milchsäure, und schaffen dadurch für die Fäulniserreger ein ungünstiges Milieu. Sie finden sich hauptsächlich im Darm des Kindes.

Die zweite Gruppe bilden die Fäulniserreger, Bact. coli, Proteus, Streptokokken usw. Sie bevorzugen alkalische Reaktion und werden mit zunehmenden Säurekonzentrationen gehemmt. Der Darm des Erwachsenen ist ihr hauptsächlicher Fundort.

Purgantien und sogenannte Darmdesinfizientien beförderten die Darmfäulnis durch Erhöhung der Alkaleszenz.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Samelson. *Über Fettspaltung im Säuglingsblut.* (A. d. Kinderklinik in Freiburg i. B.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 205.)

Der Verf. benutzte bei seinen Untersuchungen eine von Michaelis und Rona ausgearbeitete Methode (Biochem. Zeitschr., Bd. XXXI, S. 345), die auf der Änderung der Oberflächenspannung beruht, welche in der bei den Versuchen benutzten Fettlösung durch die Spaltung bewirkt wird. Es wurden 14 Fälle untersucht und in allen die Existenz eines fettspaltenden Fermentes im Säuglingsblut nachgewiesen. Die geringste fettspaltende Kraft besaß das Blut zweier „komplikationsloser Atrophiker". Birk (Kiel).

Hoobler. *An adjustable metabolism bed for infants and young children.* (Bett für Stoffwechselversuche an kleinen Kindern.) (Amer. Journ. Dis. Children, April 1912.)

Die Konstruktion des sinnreichen Apparates muß im Originale studiert werden, wo genaue Abbildungen vorliegen.

Wachenheim.

Klinik der Kinderkrankheiten.

Cornelia de Lange. *Beiträge zur pädiatrischen Klinik.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, I, S. 810.)

1. Nephritis hämorrhagica. Diese, von Wagner zuerst beschriebene Form der chronischen Nephritis, kommt bei Kindern sehr selten vor. Sie ist charakterisiert durch periodisch auftretende Hämaturie. Der Harn ist auch im blutfreien Stadium reich an Eiweiß und Zylindern, während Ödeme fehlen.

Der durch Verf. beobachtete Fall betrifft ein Kind von $2^1/_2$ Jahren. Die Krankheit bot hier das Eigentümliche dar, daß, ebenso wie in einzelnen von Heubner beobachteten Fällen, Ödeme sich fanden. Zugleich war ein Transsudat im Peritoneum vorhanden.

2. Infantile letale Anämie. Ein letal endigender Fall von schwerer Anämie, bei dem sowohl das klinische Bild wie der hämatologische Befund teils mit der progressivon perniziösen Anämie, teils mit den von Senator und Rubinstein mitgeteilten Fällen von lymphadenoider und aplastischer Veränderung des Knochenmarks Ähnlichkeit bot.

3. Auto(alimentäre?)intoxikation unter dem Bilde von Miliartuberkulose.

Ein Kind von $2^1/_2$ Jahren erkrankte mit Fieber, Erbrechen, großer Atmung, Kernig, Trousseau, Albuminurie und Zylindrurie. Das Kind machte einen so schwer kranken Eindruck, daß die Diagnose auf Miliartuberkulose und die Prognose letal gestellt wurde.

Nach einigen Tagen trat aber, wider Erwarten, Besserung und allmähliche vollständige Heilung auf.

L. findet am wahrscheinlichsten, daß es sich um einen Fall von alimentärer Intoxikation gehandelt hat. Graanboom.

W. S. Moltschanoff. *Über die Entwicklung einiger pädiatrischer Fragen im Laufe des letzten Dezenniums nach dem Tode N. F. Filatows (1902—1912).* (Pädiatrija, 1912, Nr. 7.)

1. Frühdiagnose der Masern. 2. Vierte Krankheit. 3. Scharlachherz. Schlieps (Charkow).

Paget-Lapage. *Einige Formen von Fieber mit ungewisser Ätiologie im Säuglings- und Kindesalter.* (Brit. med. Journ., 2687.)

Verf. nennt als Ursachen solcher oft rätselhafter, für Eltern und Arzt beunruhigender Fieberzustände Rheumatismus, Leukämie

und Hodgkinsche Krankheit, Bazillurie, intestinales Fieber und Meningitis. Für jede dieser Formen werden einige Krankengeschichten gebracht.

Paget-Lepage, der Arzt an einem Kinderspital in Manchester ist, hat nur ein oder zwei Fälle von Finkelsteinscher Intoxikation mit Fieber gesehen; dagegen berichtet er von Fieber bei Über- und Unterernährung an der Brust.

Bei Bazillurie respektive Kolizystitis hat Paget-Lapage gute Erfolge mit der Darreichung von Kal. citric. 5 bis 10 grain (1 grain = 0·06 g) 3stündlich gehabt, während er Urotropin für ziemlich wertlos hält. Mit Vakzinetherapie hatte er zwei erfolgreiche Fälle und würde sie stets bei chronischen Erkrankungen, bei denen man mit Kal. citr. nicht zum Ziele kommt, in Anwendung bringen.

Philippson (Frankfurt a. M.).

Takehiko Tanaka. *Über Knochenmarkgewebsentwicklung im Nierenhilusgewebe bei Anaemia splenica (Anaemia pseudoleucaemica infantum).* (Beiträge zur Kenntnis dieser Krankheit.) (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path., 1912, Bd. LIII, S. 338.)

Bei zwei Fällen von Anaemia pseudoleuc. inf. fand sich neben anderen Organen auch im Bindegewebe des Nierenbeckens eine ausgebreitete myeloide Umwandlung, die als kompensatorisch regenerativer Vorgang anzusehen ist, um den degenerativen Ausfall der Knochenmarksfunktion, die durch die schwere rachitische Stoffwechselstörung hervorgerufen ist, zu decken. Diese myeloide Umwandlung ist zum Teil durch Einschwemmung von Markelementen, teils durch autochthone Bildung entstanden. Lehndorff (Wien).

Hess. *A study of icterus neonatorum by means of the duodenal catheter.* (Untersuchung über den Icterus neonatorum mittels des Duodenalkatheters.) (Americ. Journ. Dis. Children, Mai 1812.)

Die Galle wird sehr selten in den ersten 12 Lebensstunden sezerniert, öfter am zweiten Tag, namentlich wenn starker Ikterus besteht, bei fehlendem Ikterus ist die Gallensekretion verzögert und spärlich, sie bedarf zur vollen Entwicklung 8 bis 10 Tage. Der Ikterus geht dem Übergang von Galle in den Darm voraus.

Wachenheim.

Schloss and **Commiskey.** *The etiology and treatment of the so-called hemorrhagic disease of the new-born.* (Ätiologie und Behandlung der Hämophilie der Neugeborenen.) (Amer. Journ. Dis. Children, April 1912.)

Man kann diese Fälle in wenigstens zwei Gruppen teilen; erstens die mit verzögerter Blutgerinnung, zweitens solche, bei denen wahrscheinlich eine Läsion der Gefäßwände vorliegt, obgleich dies nicht bewiesen ist. Die beste Behandlung besteht in der subkutanen Bluteinspritzung, die in der ersten Gruppe direkt indiziert, in der zweiten wenigstens harmlos ist. Die einzuführende Menge soll 10 bis 30 cm^3 betragen und darf alle 4 bis 8 Stunden wiederholt werden. In den

schwer verlaufenden Fällen ist die unmittelbare Transfusion angezeigt. Wachenheim.

Vincent. *Blood transfusion for hemorrhagic disease of the newborn.* (Transfusion bei Hämophilie der Neugeborenen.) (Boston Med. and Surg. Journ., 25. April 1912.)

Von Interesse ist die Verwendung der Vena jugularis externa. Wachenheim.

Graham. *Pathogenesis of hemorrhagic diseases of new-born.* (Pathogenese der hämorrhagischen Erkrankungen der Neugeborenen.) (Journ. exper. Med., April 1912.)

Diese Krankheiten können durch die verschiedensten Gifte verursacht werden; nach der Meinung des Verf. sind am häufigsten Chloroform und asphyktische Autointoxikation Schuld, also zwei Geburtsmomente. Die verschiedenen Krankheitstypen beruhen auf dem Hauptsitz der Zellentartung in den verschiedenen Organen, die ungleichmäßig stattfindet. Die bezüglichen Untersuchungen sind vom Verf. an Tieren ausgeführt worden. Wachenheim.

Herrmann Matti. *Untersuchungen über die Wirkung experimenteller Ausschaltung der Thymusdrüse.* (Mitt. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXIV, S. 664.)

Außerordentlich bedeutungsvolle Ergebnisse förderten Untersuchungen an Hunden, die M. zur Erforschung der Physiologie und Pathologie der Thymus unternahm. Die Resultate der mit zahlreichen ausgezeichneten Abbildungen illustrierten Publikation dürften speziell den Pädiater interessieren und daher ist wohl eine ausführliche Wiedergabe der Ergebnisse der Arbeit gerechtfertigt: „Die vollständige Thymusexstirpation hat bei Hunden typische Ausfallserscheinungen zur Folge; in einer untergeordneten Zahl von Fällen war das Resultat der Thymektomie ein negatives bezüglich Beeinflussung des Allgemeinzustandes und Veränderungen am Skelett . . .

Nach einem verschieden langen Latenzstadium, während welchem nur ein Zurückbleiben der Gewichtskurve gegenüber derjenigen der Kontrolltiere zu konstatieren ist, werden die operierten Tiere zunehmend träger, leichter ermüdbar, deutlich muskelschwach. Veränderungen am Skelette treten auf, welche den bei Rachitis zu beobachtenden schon makroskopisch sehr ähnlich sahen, und schließlich sind die Tiere in einem Höhestadium der Skeletterweichung und Muskelschwäche in ihrer Lokomotion hochgradigst gestört; werden die Hunde weiter beobachtet, so tritt ein deutliches Stadium der Kachexie in Erscheinung, an dem der Unterernährung infolge gehinderter Lokomotion wohl ein wesentlicher ursächlicher Anteil zukommt und welcher zum Tode führt. Eine eigentliche Idiotie ist bei den thymektomierten Hunden unserer Erfahrung nach nicht zu beobachten. Das Bild des thymopriven Zustandes ist ein wohl charakterisiertes und typisches:

Die Veränderungen am Knochensystem zeigen eine weitgehende und in allen wesentlichen Punkten vollständige Übereinstimmung mit Rachitis; die gegenüber der Rachitis beim Menschen etwa vorhandenen Unterschiede erklären sich aus dem Umstande, daß die Hunde schneller wachsen und entsprechend im Wachstum weiter fortgeschritten sind, wenn der Thymusausfall sich geltend zu machen beginnt, als das beim Einsetzen der Rachitis des Menschen der Fall zu sein pflegt.

Aus dieser morphologischen Übereinstimmung kann natürlich noch nicht auf eine Wesensgleichheit geschlossen werden. Die Veränderungen am Skelette sind als thymektogene aufzufassen und beruhen, allgemein ausgedrückt auf einer mangelhaften Kalkaufnahmefähigkeit des im Übermaße produzierten neuen Knochengewebes, also auf einer Störung des intermediären Stoffwechsels.

Die auffällige Muskelschwäche der ekthymierten Tiere ist den Skelettveränderungen koordiniert und stellt eine Teilerscheinung der nach Thymusausschaltung auftretenden Allgemeinerkrankung dar; morphologisch charakterisiert sie sich als Atrophie mit degenerativen Erscheinungen.

Für einen Zusammenhang zwischen Thymus und Blutbildung im extrauterinen Leben ergeben sich in den Blutuntersuchungen an thymektomierten Tieren keine Anhaltspunkte; doch tritt bei operierten Hunden die physiologische Abnahme der Lymphozyten und die Zunahme der neutrophilen Leukozyten später ein als bei Kontrolltieren, entsprechend der Entwicklungshemmung ekthymierter Tiere.

Aus dem makroskopischen und mikroskopischen Verhalten des Nebennierenmarks erhält man den bestimmten Eindruck, es trete nach Thymektomie eine Hypertrophie der intrasuprarenalen Teile des chromaffinen Systems ein; es liegen Anhaltspunkte für die Annahme vor, daß diese Hypertrophie des Nebennierenmarks korrelativer Art sein könnte.

Die Schilddrüse der thymektomierten Hunde zeigte eine geringe Gewichtsvermehrung, welche, zusammengehalten mit den mikroskopisch beobachteten Veränderungen, für eine Hypertrophie spricht; wahrscheinlich liegt eine vermehrte, ziemlich sicher eine veränderte (qualitativ oder nur quantitativ) Schilddrüsenfunktion vor. Durch verschiedene Befunde werden Beziehungen zwischen Thymus und Milch wahrscheinlich gemacht; kombinierte Thymusmilzexstirpation wirkt nicht direkt tödlich. Die Frage soll weiter untersucht werden.

Für die Beurteilung der Korrelationen zwischen Thymus und Geschlechtsdrüsen ist unser Material nicht geeignet; eine auffällige Hemmung der Spermatogenese und der Ovulation nach Thymektomie konnten wir jedenfalls nicht feststellen.

Nach vorgenommenen Wägungen ist das Pankreas bei ekthymierten Tieren deutlich hypertrophisch; aus der Feststellung einer gewissen Vermehrung der Langerhansschen Inseln in der Cauda pancreatis der operierten Tiere einzelner Würfe wagen wir keine Schlüsse zu ziehen; Zufälligkeit ist nicht ausgeschlossen.

Die Hypophyse scheint bei thymektomierten Hunden relativ größer zu sein, ist aber im Stadium der Kachexie klein. — Das relative Gewicht der Leber war bei operierten Hunden höher.

Im Rückenmarke und Gehirn finden sich bei einem untersuchten kachektischen Tier in Übereinstimmung mit den von Klose und Vogt erhobenen Befunden vermehrte Abbauerscheinungen.

Aus diesen Untersuchungen geht jedenfalls hervor, daß die Entfernung der Thymus bei wachsenden Hunden durchaus nicht belanglos ist, vielmehr in der großen Mehrzahl der Fälle zu ganz charakteristischen Erscheinungen führt, welche ursächlich mit dem Ausfalle der Funktion des entfernten Organs in Verbindung gebracht werden müssen. Daraus folgt, daß die Thymusdrüse bei diesen Tieren kein entbehrliches Organ darstellt; ihr Wegfall vermag dann nicht kompensiert zu werden. Tiere, bei denen die Exstirpation der Thymus keine Störungen des Allgemeinzustandes und namentlich auch keine Wachstumshemmung zur Folge hat, verfügen offenbar über ‚Ersatzfunktionen' verwandter Organe, wo nicht zurückgelassene akzessorische Thymusläppchen das Auftreten der Ausfallssymptome zu verhindern vermögen."

Diese Zusammenfassung erschöpft durchaus nicht die effektiven Ergebnisse der arbeitsreichen und gründlichen Studie, sie zeigt jedoch an, daß die Arbeit ein allgemeines Interesse reichlich verdient.

R. Weigert (Breslau).

Fritz Seiler. *Untersuchungen über den Einfluß der Thymusdrüse auf die Blutbildung, respektive das Blutbild.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXIV, S. 862.)

Die Ergebnisse dieser Arbeit finden sich in dem Referate über die Arbeit von Matti zum gleichen Thema.

R. Weigert (Breslau).

Friedrich Hüttenbach. *Ein Fall von Trichobezoar des Magens bei Infantilismus.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXIV, S. 84.)

Bei einem Mädchen mit Infantilismus, der wahrscheinlich auf dystrophischer Basis entstanden war, fand sich ein vollkommener Ausguß des Magens mit einer Haargeschwulst (Trichobezoar), die durch Verschlucken der eigenen und auch fremder Haare, sowie aus Haaren, die aus Kleidern ausgezupft waren, entstanden war.

R. Weigert (Breslau).

E. Wieland. *Über hypothyreotische Konstitution und über frühzeitig erworbene Athyreose.* (A. d. Kinderklinik in Basel.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, H. 4, S. 310.)

Nach eingehender kritischer Betrachtung der in der Literatur niedergelegten Fälle von infantiler erworbener Athyreose teilt der Verf. einen selbst beobachteten einschlägigen Fall mit. Hinsichtlich der Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden.

Birk (Kiel).

Triboulet et **M^lle^ de Jong.** *Une famille d'achondroplases.* (Bull. de la soc. de péd., Paris, 1912, S. 213.)

In einer Familie sind 3 Kinder und wahrscheinlich der Vater von Achondroplasie befallen, während 2 andere Kinder (das 2. und 3.) gesund sind. Von 2 Kindern ($14^1/_2$ und 23 Jahre alt) werden nähere Daten mitgeteilt, dabei ist bemerkenswert, daß die Patienten neben den Symptomen der Achondroplasie auch solche einer überstandenen Rachitis (Coxa vara, genu valgum) aufwiesen. Beide Erkrankungen können also nebeneinander dasselbe Individuum befallen.

R. Weigert (Breslau).

G. W. Schorr. *Chondrodystrophia adolescentium s. tarda.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. 24, S. 54.)

Eine 16jährige Mulattin, die das klinische Bild der Rachitis tarda bot, ging an Tuberkulose zugrunde. Die histologische Untersuchung von Knorpeln und Knochen ergab jedoch ein von der Rachitis abweichendes und mehr dem von Kaufmann bei der Chondrodystrophia foetalis beschriebenen entsprechendes Bild. Verf. glaubt daher, daß es sich hier nicht um Rachitis gehandelt habe, daß man vielmehr eine Chondrodystrophia tarda anzunehmen habe. Bemerkenswert ist, daß bei 3 Schwestern der Patientin dieselbe Krankheit konstatiert worden ist. R. Weigert (Breslau).

R. Fischl (Prag). *Was lehrt mein Rachitismaterial?* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 389.)

Kassowitz zu Ehren geschrieben!

Keine neuen Ergebnisse. Birk (Kiel).

Morris. *Prurigo, Pruriginöses Ekzem und Lichenisation.* (Brit. med. Journ., 2687.)

Morris gibt einen Überblick über die verschiedenen Theorien, die über Prurigo hauptsächlich von den Franzosen und von der Wiener Schule emittiert sind. Wie mannigfaltig die Ansichten über die Erkrankung sind, geht u. a. aus einem Referat von White (Boston) hervor, das derselbe auf dem dritten internationalen Dermatologenkongreß über Prurigo hielt und in dem er folgende Theorien zitierte: 1. Pruritus, 2. Sensibilitätsneurose, 3. Motilitätsneurose, 4. pruriginöse Diathese, 5. Neurodermatose, 6. Mischung von Lymphatismus, Arthritismus und Nervosität, 7. vasomotorische Transsudation, 8. Trophoneurose, 9. Dyskrasie.

In der Behandlung tritt Morris dafür ein, den Ernährungszustand durch kräftige Kost (generous diet) und Lebertran zu heben.

Philippson (Frankfurt a. M.).

Mc. Clanahan. *The management of asthma in children.* (Die Behandlung des Asthma der Kinder.) (Americ. Med. Journ. Sciences, Juni 1912.)

Die eventuelle Prognose ist günstig; gelegentlich bildet sich Emphysem aus. Bei der Behandlung muß oft viel herumgetastet

werden, da, wie bei Erwachsenen, die Patienten sehr verschieden auf die Medikamente reagieren; oft ist Klimawechsel auf einen oder mehrere Winter gefordert. Auch die Anfälle erfordern recht verschiedene und individuell angepaßte Behandlung, oft hilft nur Morphium. Wachenheim.

Schippers. *Die atypische Kinderpneumonie.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, 1, S. 1049.)

Bei zwei durch S. beobachteten Fällen von kruppierter Pneumonie bei Kindern von 2 respektive $2^1/_2$ Jahren ergab sich der große Wert der Röntgenuntersuchung für die Diagnose.

In beiden Fällen konnte, schon 6 Tage bevor die für Pneumonie charakteristischen physikalischen Erscheinungen vorhanden waren, durch Röntgenaufnahme eine Hiluspneumonie festgestellt werden.

In einem dritten Falle war die Pneumonie kompliziert mit einer Pneumokokkenmeningitis, welche nach wiederholter Lumbalpunktion zur Heilung kam.

Schließlich wird noch ein Fall erwähnt von kruppöser Pneumonie bei einem kaum 4 Monate alten Säugling. Außer dem exzeptionell jugendlichen Alter ist hier noch bemerkenswert, daß etwa 3 Wochen nach dem Beginne der Erkrankung und einige Tage nach dem Schwinden der physikalischen Herderscheinungen sich subkutan im Epigastrium ein mandaringroßer Abszeß entwickelte, aus dessen Eiter Pneumokokken kultiviert werden konnten. Vollständige Heilung. Graanboom.

Comby. *Pneumonie du sommet droit prolongée (vingt jours) état typhoide, mutisme, guérison.* (Arch. de méd. des enfants, Tom. XV, Février 1912.)

Ein überaus schwerer Pneumoniefall mit meningitischen und psychotischen Symptomen. Freund (Breslau).

Howland and **Hoobler.** *The effect of cold fresh air on the blood-pressure in pneumonia of children.* (Der Einfluß frischer kalter Luft auf den Blutdruck bei Pneumonie der Kinder.) (Americ. Journ. Dis. Children, Mai 1912.)

Bei der gegenwärtig sehr beliebten Freiluftbehandlung der Pneumonie ist diese Untersuchung von großem Interesse. Verff. notieren eine Zunahme des Blutdrucks von 10 bis 15 mm innerhalb 1 bis 2 Stunden, die nach Rückkehr ins Krankenzimmer rasch abfällt. Dies kommt aber bloß im Winter vor, nicht bei warmer Witterung, es ist also speziell der Einatmung kalter Luft, nicht der Frische der Luft zuzuschreiben. Auf den eventuellen Wert des Verfahrens gehen Verff. nicht ein; die Harmlosigkeit desselben steht nach reichlicher klinischer Erfahrung fest. Wachenheim.

H. Hirschfeld (Berlin). *Polycythämie und Plethora.* (Sammlung zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete d. Verdauungs- und Stoffwechselkrankh., Karl Marhold, Halle a. S., 1912, M. 1·50.)

Das Krankheitsbild der Polycythämie hat in den letzten Jahren eine bedeutsame kasuistische Bereicherung erfahren. Hierauf fußend, gibt der Verf. eine recht gute klinische Darstellung der genannten Erkrankung. Birk (Kiel).

F. Goeppert. *Zur Behandlung der akuten spastischen Bronchitis des frühesten Kindesalters im Anfall.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 17.)

Empfehlung des Urethans, und zwar per os im 1. Vierteljahre 0·5 g, später bis zu 1·5 g im 1., 2 g im 2. Jahre. Per Klysma ist die doppelte, bei den größeren Dosen etwa um $^1/_2$mal stärkere Dose zu wählen. Die gleiche Dose darf stets nach $^3/_4$ Stunden wiederholt werden. Keller.

P. Schneider. *Bronchitis plastica.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXV, H. 1.)

Es handelte sich in dem ausführlich mitgeteilten Krankheitsfalle um eine während $1^1/_4$ Jahren bestehende Bronchitis mit starkem Emphysem und asthmatischen Anfällen, bei der in ziemlich regelmäßigen Intervallen umfangreiche Ausgüsse von Teilen des Bronchialbaumes ausgehustet wurden. Außerdem bestand eine Polyserositis (Herzbeutel, Pleura, Pseudoleberzirrhose), hochgradige Erweiterung des rechten Herzens mit schweren Erscheinungen von Dekompensation, der das Kind im Verlaufe eines noch dazu akquirierten Keuchhustens erlag. Die ausgehusteten plastischen Massen gaben Veranlassung zu eingehender chemischer Untersuchung. Sie erwiesen sich als eine phosphorfreie Substanz, deren N-Gehalt zwischen dem des Muzin und Fibrin liegt, die keine reduzierende Substanz abspaltet, in verdünntem Alkali und schwachen Säuren löslich, in stärkeren Neutralsalzlösungen im Gegensatze zu Muzin und Fibrin unlöslich ist und im Pepsin-Salzsäure-Gemisch nur langsam und unvollkommen verdaut wird. Freund (Breslau).

A. A. Kisselj. *Ein Fall von Bronchektasie bei einem $7^1/_2$ jährigen Mädchen.* (Ssibirskaja Wratsch. Gas., 1911, Nr. 38.)

A. A. Kisselj. *Ein durch die Autopsie bestätigter Fall von Bronchektasie bei einem 12 jährigen Knaben.* (Ssibirskaja Wratsch. Gas., 1911, Nr. 39.)

Mitteilung von Fällen, wie sie Hans Vogt im Jahrbuch für Kinderheilkunde (Bd. 74, 1911, S. 627) unter der Bezeichnung „Chronische Bronchiolektasie" beschrieben hat. Es wäre zu wünschen, daß die Mitteilung derartiger, keineswegs seltener Fälle sich häufte, damit die Aufmerksamkeit der Ärzte darauf gelenkt würde, daß es außer der Tuberkulose auch andere, ziemlich häufig vorkommende, chronische Lungenerkrankungen im Kindesalter gibt. Es würden

dann viele Kinder vor einer Unterbringung in Sanatorien für Tuberkulöse und vor Tuberkulinkuren bewahrt werden.

Schlieps (Charkow).

Comby. *Pleurésie hémorrhagique chez une filette de deux ans et demi.* (Arch. de méd. des enfants, Tome XV, Février 1912.)

Hämorrhagische Pleuritis, hervorgerufen, wie die Obduktion ergab, durch ein Rundzellensarkom des Mediastinums.

Freund (Breslau).

Dean. *Ein Fall von Pneumokokken-Endocarditis ulcerosa bei einem dreijährigen Kinde.* (Brit. Journ of Children's Diseases, Vol. IX, Nr. 103.)

Die Erkrankung begann mit Erbrechen; am vierten Tag Exitus, nachdem am Tage vorher typische Meningitissymptome aufgetreten waren. Bei der Sektion fand sich außer den Veränderungen an den Meningen eine Endocarditis ulcerosa, die sich hauptsächlich im rechten Herzen ausgebildet hatte; die Leber war vergrößert und fettig degeneriert. Bei der Autopsie wurden sowohl im Herzblut wie im meningealen Eiter Pneumokokken in Reinkultur nachgewiesen. Die Lungen waren frei. Dean ist der Ansicht, daß die Endokarditis schon längere Zeit bestanden hatte und jedenfalls die Infektion der Meningen sekundär erfolgte. Philippson (Frankfurt a. M.).

Barling. *Pneumococcal peritonitis in children.* (Pneumokokkenperitonitis bei Kindern.) (Pediat., Mai 1912.)

Verf. berichtet über 28 Fälle. Die Eintrittspforte der Infektion ist unklar. Die Sterblichkeitsziffer ist hoch, 79%, bloß operierte Fälle haben Aussicht auf Genesung. Wachenheim.

V. Imerwol. *De la péricardite purulente chez les enfants et quelques considérations sur la péricardite traumatique.* (Arch. de méd. des enfants, Tom. XV, Février 1912.)

Zusammenstellung der Literatur über eitrige Perikarditis im Kindesalter, speziell auch der seltenen Fälle mit traumatischer Entstehung. Bericht über zwei eigene Fälle, der eine nach einem Trauma entstanden, beide durch Inzision und Drainage des Perikards geheilt.

Freund (Breslau).

A. L. Dynkin. *Zur Ätiologie und Kasuistik der erworbenen Herzfehler bei Kindern.* (Pädiatrija, 1912, Nr. 6.)

Verf. bearbeitete ein Material von 2003 Krankengeschichten. Aus den Schlußsätzen seien folgende hervorgehoben: Die Häufigkeit der erworbenen Herzfehler bei Kindern beträgt gegenüber der Statistik Weils (5%), ungefähr $^1/_2$% bis 1%, keinesfalls mehr als 1%. Der häufigste Herzfehler ist bei Kindern wie auch bei Erwachsenen die Mitralinsuffizienz; Aorteninsuffizienz kommt seltener vor. Mitral- oder Aortenstenose in reiner Form gehören zu den größten Seltenheiten. Als ätiologisches Moment kommen in erster Linie rheu-

matische Erkrankungen und Streptokokkeninfektionen in Betracht. Das Endokard wird in der Regel schon bei der ersten Erkrankung an Rheumatismus mitergriffen. Schlieps (Charkow).

Hecht. *Über atrioventrikuläre Automatie bei postdiphtherischer Herzschwäche.* (Wiener med. Wochenschr., 1912, S. 2015.)

Mittels Elektrokardiographie wurde in einem Falle postdiphtherischer Herzlähmung zuerst neben Dilatation, Galopprhythmus usw. eine atrioventrikuläre Automatie festgestellt, der später eine extrasystolische Arythmie folgte, mit Ausgang der vorzeitigen Kontraktionen vom Vorhofe. Es muß sich um eine ausgebreitete Myokardaffektion gehandelt haben, nicht nur im Tawaraschen Knoten, sondern auch in der Muskulatur des Ventrikels und Vorhofes. Digitalis wirkte prompt durch Erhöhung des Vagustonus.

Lehndorff (Wien).

Ragnar Friberger. *Über Arythmie bei gesunden Kindern.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 1—3.)

Zum ersten Male liegen hier systematische Untersuchungen an einem großen Material vor. Die interessanten Ergebnisse dürften als Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen auf diesem Gebiete von grundlegender Bedeutung sein.

Es wurden 321 Kinder untersucht. Während einer Minute wurden mit dem Jaquetschen Polysphygmographen Radialis- und Venenpuls geschrieben. Die Kinder wurden ferner innerlich untersucht und einer Art Funktionsprüfung des Herzens unterzogen.

Keines der 321 Kinder hatte einen ganz regelmäßigen Puls. Nach dem Grade der Arythmie teilt F. die Fälle in 3 Gruppen: einigermaßen regelmäßigen Puls hatten 37·4%, stark unregelmäßigen 12·2%, mäßig unregelmäßigen 50·4%. — Ein Unterschied gegenüber den Befunden an gesunden Erwachsenen besteht weniger in der Häufigkeit der Arythmie, als darin, daß große Differenzen der Pulslänge nur bei Kindern vorkommen.

Die Analysen der Pulskurven beweisen, daß die Genese der Arythmie eine einheitliche ist. Der nächste Ursprung der Unregelmäßigkeit muß an einem oberhalb des Vorhofes gelegenen Punkte des Reizerzeugungs- und Reizleitungssystems gesucht werden. Bei einem kleinen Teil vielleicht im Vorhofe selbst. Atrioventrikuläre oder ventrikuläre Extrasystolen kamen nicht vor, ebensowenig ein Block zwischen Vorhof und Kammer oder perpetuelle Arythmie. Übereinstimmend mit Mackenzie fand F., daß bei der Kinderarythmie lediglich die Dauer der Diastolen wechselt, der Ablauf der Systolen dagegen der Hauptsache nach normal ist.

3 Haupttypen der Arythmie lassen sich unterscheiden: Die größte Gruppe umfaßt Fälle, bei denen lange Pulse mit kürzeren in der Weise abwechseln, daß die Dauer der Pulse sich allmählich während einiger Schläge verlängert, um dann wieder nach und nach kürzer zu werden. Bei der 2. Gruppe wird die Pulsfrequenz in regelmäßigen Intervallen mit einem Sprunge plötzlich stark reduziert, um von da

aus langsam wieder zuzunehmen. Diese beiden Formen lassen sich aus einem Wechsel der Schnelligkeit der Reizerzeugung erklären. Bei der 3. Gruppe treten kleinere Differenzen in unregelmäßiger Weise auf, die ihre Erklärung wohl in einer gewissen Labilität der Reizerzeugung finden. — Auf einige andere ungewöhnliche Formen der Arythmie kann hier nicht eingegangen werden. F. hält es nicht für ausgeschlossen, daß aurikuläre Extrasystolen und sino-aurikuläre Überleitungsstörungen bei gesunden Kindern vorkommen.

In allen Fällen fand F. einen Zusammenhang der Arythmie mit der Respiration, was allerdings nicht an jedem Teil einer Kurve erkennbar ist. Namentlich Mackenzie gegenüber hält F. daran fest, daß bei genügend langer Registrierung dieser Zusammenhang stets konstatierbar sei.

Außer der Pulsfrequenz wechselt auch die Größe der Pulsschläge, ein Folge davon, daß bei verschiedener Dauer der Diastole verschieden große Blutmengen in das Herz einströmen. Ausnahmen hiervon sind selten.

F. bespricht weiter die diagnostische Bedeutung der Arythmie. Da atrioventrikuläre und ventrikuläre Extrasystolen bei gesunden Kindern nicht beobachtet sind, handelt es sich hauptsächlich darum, diese auszuschließen respektive zu erkennen. Auch andere Unterscheidungen können Schwierigkeiten machen und nur durch praktische Registrierung entschieden werden, doch stehen dem Arzte im allgemeinen andere wichtigere Kriterien zur Beurteilung des Herzens zur Verfügung.

Das Alter hat gewissen Einfluß auf die Arythmie. Die Häufigkeit der Arythmien nimmt vom 5. bis 12. Jahre ab, im 13. und 14. Jahre nimmt sie wieder zu. Die Körperkonstitution zeigte sich ohne Einfluß auf die Häufigkeit der Arythmie, und Kinder mit geschwächtem Herzen zeigten nicht häufiger Arythmien als andere. Ebensowenig kann der neuropathischen Konstitution eine wesentliche Bedeutung für die Entstehung von Arythmien beigemessen werden. Eher scheint Anämie eine Bedeutung zu haben. Die Behauptung, daß gewisse Erkrankungen die Entstehung von Arythmien begünstigen sollen, führt F. darauf zurück, daß die Arythmien oft erst während einer Erkrankung festgestellt werden. Thorspecken (Badenweiler).

Déléarde et **Repellin.** *Un cas d'anasarque sans albuminurie in cardiopathie chez une fillette de huit ans hérédosyphilitique.* (Arch. de méd. des enfants, Tom. XV, Avril 1912.)

Der Fall wird von den Autoren als eine atypische Form der chronischen Nephritis auf syphilitischer Grundlage gedeutet; die Funktionsprüfung der Nieren ergab lediglich eine Insuffizienz der Chorausscheidung. Die bisweilen rezidivierenden Ödeme werden stets durch salzarme Kost rasch zum Verschwinden gebracht.

Freund (Breslau).

Maillet. *Les accidants de l'adénopathie trachéo-bronchique.* (Arch. de méd. des enfants, Tom. XV, Mars 1912.)

Eine Besprechung der im Verlaufe der Bronchialdrüsenerkrankungen auftretenden Störungen ohne Beibringung von Material.

Freund (Breslau).

D. Ssokolow. *Über Drüsenerkrankunyen bei Kindern.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 1—3.)

Vorwiegend referierende Arbeit. Außerdem Mitteilung einiger chronischer fieberhafter Erkrankungen der Peritoneal- respektive Tracheobronchialdrüsen nichttuberkulösen Ursprungs.

Thorspecken (Badenweilen).

Cornelia de Lange. *Die Bauchperkussion bei Kindern und Pseudoaszites.* (Ned. Tjidschr. v. Geneesk., 1912, I, S. 1239.)

Bei 70 sowohl klinisch als poliklinisch beobachteten Kindern wurden Form, Lage und Ausbreitung der Dämpfung, die sich bei der Perkussion des Bauches ergibt, studiert. Der Eiter und die Ausbreitung der Dämpfung zeigten sich sehr wechselnd. In einigen Fällen erhielt diese sich bei Lagewechsel des Patienten als eine freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Bei demselben Kinde waren Sitz und Begrenzung in verschiedenen Tagen sehr wechselnd. Undulation wurde selten, Schwappen sehr oft festgestellt.

Die Dämpfungen wurden sowohl bei Kindern mit chronischem Darmkatarrh als bei gesunden Kindern und bei sehr jungen Säuglingen gefunden.

Mit Tobler ist Verf. der Meinung, daß in vielen Fällen die Dämpfung durch flüssigen Darminhalt verursacht wird; in anderen Fällen war sie von kontrahierten Darmschlingen abhängig.

Unter den genannten 70 Kindern waren 6, die die Erscheinungen von Pseudoaszites darboten.

Durch Verf. wird mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß bei dem Pseudoaszites der Eindruck von freier Flüssigkeit so sehr beträchtlich sein kann, daß schon öfter fälschlich Laparatomie ausgeführt wurde.

In den erwähnten 6 Fällen von Pseudoaszites fehlte in der Regel die Undulation. Dieses Symptom kann aber eventuell auch bei Pseudoaszites sich finden.

Verf. behauptet nun, daß, wenn bei einem Kinde bei der Bauchperkussion sich eine für Aszites charakteristische Dämpfungslinie und eine mehr oder weniger deutliche Undulation sich vorfinden, man nicht nur an Aszites, sondern auch an Pseudoaszites denken soll. Bei dem letzteren aber ist der Befund, sowohl was die Undulation als die Dämpfungslinie betrifft, an verschiedenen Untersuchungstagen sehr wechselnd, während sie bei dem gemeinen Aszites sehr konstant sind.

Graanboom.

M. Paunz. *Über die Verwendung der direkten Laryngoskopie und Tracheobronchoskopie bei Kindern.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVI, Erg.-Heft.)

Die Arbeit enthält im wesentlichen ein Material von 50 Krankengeschichten, das die bedeutenden diagnostischen und therapeutischen

Erfolge, die mittels der verwendeten Methoden zugänglich sind, aufzeigt. Zum Referat im einzelnen nicht geeignet.

Freund (Breslau).

Abrand. *Sténose de larynx chez un jeune garcon. Intervention sous laryngoscopie directe. Guérison.* (Bull. de la. soc. de péd., Avril 1912, Nr. 4.)

Einige Zeit nach der Ausheilung einer schweren stenotischen Larynxdiphtherie (mehrfache Intubation) entwickelt sich von neuem eine Larynxstenose, die sich bei der Autoskopie als durch Schleimhautwucherungen im Kehlkopfinnern hervorgebracht erwies. Heilung durch endolaryngealen Eingriff. Freund (Breslau).

M. Guisez. *Cinq cas de corps étrangers trachéaux et bronchiques dont deux chez le même enfant diagnostiqués et guéris par la bronchoscopie.* (Bull. de la soc. de péd., Février 1912, Nr. 2.)

Freund (Breslau).

Jourdanet. *La „livedo annularis" chez les enfants.* (Arch. de méd. des enf., Tom. XV, Février 1912.)

Einer der auch im Kindesalter vorkommenden seltenen Fälle von „marmorierter Haut", deren Bild zustandekommt durch ein Neben- und Durcheinander von bläulichrot injizierten und normalen Hautpartien. Unter den gegebenen Umständen kam die Differentialdiagnose gegenüber verschiedenen anderen Affektionen in Betracht (Purpura, Rubeolen), die ausführlich besprochen wird.

Freund (Breslau).

J. Comby. *Bromides cutanées chez le nourrisons.* (Bull. de la soc. de péd., Avril 1912, Nr. 4.)

Bromausschlag bei einem Säuglinge an der Brust infolge starken Bromgebrauches der Mutter. Freund (Breslau).

Hallé et **Dorlencourt.** *Bromides papulo-tuberculeuses géantes.* (Bull. de la soc. de péd., Février 1912, Nr. 2.)

Beschreibung eines schweren Bromausschlages, der auffallenderweise bei einem Kinde auftrat, das bereits vorher Brom in erheblichen Gaben erhalten und gut vertragen hatte. Freund (Breslau).

G. Riehl. *Über Mikrosporie in Wien.* (Wiener med. Wochenschr., 1912, S. 1477.)

Das Auftreten gehäufter Fälle von Mikrosporie in einigen Schulen und Waisenhäusern Wiens veranlaßte den Chef der dermatologischen Klinik ausführlich Symptomatologie und Differentialdiagnose zu besprechen. Durch sofortige Untersuchung aller Schulkinder und Isolierung der Erkrankten gelang es, die Infektion ganzer Klassen zu verhüten. Die Behandlung besteht in Expilation durch Röntgenstrahlen, hierauf Jodtinktur, Wilkinson usw. Es sollen eigene Ambulatorien in verschiedenen Bezirken eingerichtet werden,

wo die Amtsärzte die Behandlung nach dem Muster von Paris und Basel durchführen. Lehndorff (Wien).

E. A. Heimann. *Schielen und Schielbehandlung im Kindesalter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 1—3.)

H. empfiehlt, die Behandlung schielender Kinder möglichst frühzeitig zu beginnen. Wo Übersichtigkeit die Ursache des Einwärtsschielens ist, muß diese durch ein dauernd zu tragendes Konvexglas korrigiert werden. Gegebenenfalls kommt außerdem die Atropinisation des nicht schielenden Auges in Frage. Bei Kindern von zirka 4 Jahren an sind mehrwöchentliche Übungen am Amblyoskop vorzunehmen. Wo diese Methoden im Stiche lassen oder der Schielwinkel mehr als 15° beträgt oder bei hochgradiger einseitiger Schwachsichtigkeit ist bei Kindern über 4 bis 5 Jahren die Vorlagerung des Musc. rect. externus vorzunehmen. — Beim Auswärtsschielen bietet die konservative Therapie wenig Aussicht auf Erfolg.

Thorspecken (Badenweiler).

Rendall und **Burton.** *Bettisolierung bei Infektionskrankheiten.* (Lancet, I, Nr. 11, 1912.)

Interessanter Bericht über den Versuch, Kranke, die wegen Infektionskrankheiten und sonstigen Erkrankungen eingeliefert wurden, in einem gemeinsamen Pavillon des City Hospitals in Liverpool unterzubringen und die Übertragung nur durch peinlichste Sauberkeit und Schulung des Ärzte- und Wartepersonals zu verhindern.

Der Versuch kann als durchaus gelungen angesehen werden, denn obwohl Patienten mit Scharlach, Diphtherie, Masern, Keuchhusten, Varizellen, Erysipel usw. gleichzeitig mit anderen Patienten aufgenommen wurden, kamen innerhalb der zwei Jahre, über die sich der Versuch erstreckt, nur 2 Neuerkrankungen an Infektionskrankheiten in der Abteilung zur Beobachtung. Im ganzen wurden während dieser Zeit 668 Fälle behandelt, darunter 473 Infektionskrankheiten. Einzelheiten sind nachzulesen. Philippson (Frankfurt a. M.).

Braun und **Husler** (Frankfurt). *Eine neue Methode zur Untersuchung der Lumbalpunktate.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 1179.)

Meningitische Lumbalpunktate, insbesondere Tuberkulose, geben bei Zusatz einer stark verdünnten Salzsäure $\left(\frac{n}{300}\,HCl\right)$ im Verhältnisse 1 : 5 (1 cm³ Liquor + 5 cm³ Säure) deutliche Trübung und unterscheiden sich dadurch von normalen Punktaten.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

K. Churchill. *The Wassermann reaction in infants and children.* (Die Wassermannsche Reaktion bei Kindern.) (Americ. Journ. Dis. Children, Juni 1912.)

Verf. findet einen hohen Prozentsatz positiver Reaktion, und zwar auch unter symptomenfreien Kindern. Wachenheim.

Ernst Welde. *Erfahrungen mit Salvarsan bei Lues congenita.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXV, H. 1.)

Bericht über 28 am Dresdener Säuglingsheim behandelte Fälle unter Beibringung der Krankengeschichten, übrigens durchwegs künstlich genährte Kinder. Die Erfolge werden als befriedigend, aber der sonst geübten Hg- und Jodbehandlung nicht überlegen, bezeichnet. Es wird — trotz erheblicher, aber der Überwindung zugänglicher Schwierigkeiten — die intravenöse Einverleibung als die schonendste empfohlen. Bei subkutaner oder intramuskulärer Injektion gab es stets Infiltrate und Nekrosen. Die Wassermannsche Reaktion wurde niemals (in einem einzigen Falle nur vorübergehend) negativ. Freund (Breslau).

C. T. Noeggerath. *Klinische Beobachtungen bei der Salvarsanbehandlung bei syphilitischen Säuglingen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXV, H. 2.)

Auf Grund der Krankengeschichten von 28 in der Charité-Kinderklinik behandelten Fällen kommt der Autor zu folgenden Schlüssen:

1. Das Mittel ist nicht so gefährlich, als man anfänglich besorgte. Immerhin wird man ganz junge Säuglinge beziehungsweise solche in schlechtem Allgemeinzustande lieber zunächst mit Hg behandeln.

2. Septisch Erkrankte sind wenigstens vorläufig von der Salvarsanbehandlung auszuschließen.

3. Allein die intravenöse Injektion kommt in Frage.

4. Die Dosis efficax minima ist 2 mg pro Kilogramm Körpergewicht; man soll aber möglichst häufig spritzen, möglichst rasch steigen und so bald bis zu 0·1 g pro Injektion gelangen.

5. Unangenehme Nebenerscheinungen werden immer seltener. Die schnelle Wirksamkeit steht außer Frage. Die Frage der Heilung ist — freilich bisher für wenige Fälle — zu bejahen. Es scheint die Kombination mit Hg am aussichtsreichsten.

Ungewiß ist einstweilen das endgültige Schicksal der Behandelten, ferner die Fragen, ob die gegenwärtig geübte Methodik so erfolgreich und ungefährlich ist, wie es bisher scheint, und ob das Salvarsan bei gewissen Formen der Säuglingslues kontraindiziert wäre.

Trotzdem erblickt Verf. schon heute in dem Präparat eine wertvolle Vermehrung der antisyphilitischen Heilmittel auch für das Säuglingsalter. Freund (Breslau).

E. Rach. *Zur Kenntnis der luetischen Leptomeningitis beim Säugling.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXV, H. 2.)

Es handelt sich um einen Fall, in dem intra vitam im Lumbalpunktat Spirochäten gefunden worden sind, ein seltener Befund, wie er nur bei schweren floriden echt syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems vorkommt und — unter der Voraussetzung des Fehlens von Spirochäten im strömenden Blute — diagnostisch für solche verwertbar ist.

Die Literatur über das Vorkommen entzündlicher Veränderungen an Gehirn und Meningen bei der hereditären Lues und über die bisher vorliegenden Spirochätenbefunde hierbei wird vom Verf. zusammengestellt. Freund (Breslau).

J. Vas. *Die weiteren Entwicklungs- und Gesundheitsverhältnisse der mit Lues congenita behafteten Kinder.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXV, H. 4.)

Die Arbeit stützt sich auf ein großes Material aus dem Ambulatorium des Stephaniespitals in Budapest. Die Schlußfolgerungen daraus lassen sich etwa folgendermaßen zusammenfassen:

Die luetischen Säuglinge — durchgehends Brustkinder — nahmen schließlich ganz gut zu, aber nicht so gut wie luesfreie Brustkinder.

Zwei Drittel zeigten Rezidive (insbesondere war dies der Fall bei mütterlicher Belastung, Pemphigus und Osteochondritis). Unter 20 weiter verfolgten Syphilitikern wiesen 7 im Alter von $2^1/_2$ bis 7 Jahren stehende bei der letzten Untersuchung syphilitische Symptome auf. Ein Drittel bekam Rachitis in stärkerem Grade. Fast alle begannen mit 1 bis $1^1/_2$ Jahren zu gehen. Unter den sonst in nicht unerheblicher Zahl auftretenden interkurrenten Erkrankungen war außer einer basilaren Meningitis keine einzige ausgesprochene Tuberkulose. $10^0/_0$ Eklampsie wurden eruiert. Die geistige sowie speziell die Sprachentwicklung der Kinder war im allgemeinen befriedigend, auffallendere geistige Defekte fehlten. Zahlreich waren die nervösen, unartigen, furchtsamen Kinder (Pavor nocturnus); ein Drittel litt an habituellem Kopfschmerz. Dementsprechend fand sich auch objektiv etwa bei der Hälfte der Kinder eine „Minderwertigkeit" des Nervensystems vor (Reflexanomalien, Chvostek, Tremor an den Händen, Enuresis u. a.) Körperwägungen und -messungen sowie Messungen des Kopf- und Brustumfanges, die bei 20 Kindern bis zu 9 Jahren vorgenommen wurden, zeigten keine einheitlichen Abweichungen von der Norm. Fast durchweg fanden sich kariöse, aber niemals Hutchinsonsche Zähne. Freund (Breslau).

Barbier et **Gassier.** *Quelques faits de hérédosyphilis du système nerveux.* (Bull. de la soc. de péd., 1912, Nr. 1.)

Ein Vorschlag zur Einteilung der nervösen Erscheinungen der Erbsyphilitis. Verf. will die epileptische Form der Fournierschen Klassifikation bestehen lassen, die übrigen Krankheitsbilder aber mit Rücksicht auf ihre Lokalisation folgendermaßen gruppieren:

1. Eine meningitische Form unter dem Bilde einer akuten, rapide verlaufenden Meningitis.

2. Eine chronische Meningomyelitis mit oder ohne Knochenerkrankung der Wirbelsäule.

3. Eine unter dem Bilde eines Hirntumors verlaufende Form mit Erscheinungen am Augenhintergrunde.

4. Gewisse, mit der Erbsyphilitis in Beziehung stehende Formen der multiplen Herdsklerose im Kindesalter.

Alle Gruppen werden mit einschlägigen Krankengeschichten belegt. Freund (Breslau).

Koplik. *Tuberculosis in infancy and childhood.* (Tuberkulose im Kindesalter.) (Buli. Johns Hopkins Hospital, April 1912.)

Im Säuglingsalter verläuft die Tuberkulose in drei Vierteln der Fälle akut und ist vor dem 15. Lebensmonate als unheilbar zu betrachten. Nach dem 7. Lebensjahre bessert sich die Aussicht bedeutend, namentlich bei Affizierung der Gelenke und Lymphdrüsen. Verf. erblickt im menschlichen Auswurf die Hauptansteckungsgefahr und stellt die bovine Infektion weit in den Hintergrund.
Wachenheim.

Körber (Heistätte Loslau). *Beitrag zur klinischen Bedeutung der Muchschen Granula.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 1494.)

Auf Grund seiner umfangreichen Untersuchungen verlangt Verf. in jedem Falle von Tuberkuloseverdacht, in dem keine Tuberkelbazillen mittels der Ziehlschen Färbung nachzuweisen sind, auf Muchsche Granula zu fahnden. Dies geschieht am besten mit der Much-Weißschen Doppelfärbung nach Vorbehandlung des Sputums mit Antiformin. Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Kossel. *Die Beziehungen zwischen menschlicher und tierischer Tuberkulose.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 16.)

Mit verschwindenden Ausnahmen wird die Lungentuberkulose durch vom Menschen stammende Tuberkelbazillen (Typus humanus) hervorgerufen. Die Rindertuberkelbazillen (Typus bovinus) spielen in der menschlichen Pathologie eine minimale Rolle. Danach muß sich der Kampf gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit hauptsächlich gegen die Möglichkeit einer Infektion von Mensch zu Mensch richten. Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Kurashige, Maycyama und **Yamada.** *Über das Vorkommen des Tuberkelbazillus im strömenden Blute der Tuberkulösen.* (Ausscheidung der Tuberkelbazillen aus der Milch tuberkulöser Frauen.) (Zeitschr. f. Tub., Bd. XVIII, H. 5, 1912.)

In der Milch 20 tuberkulöser Frauen fanden die Autoren in 85% Tuberkelbazillen; diese stammten, da die Mammae keine lokalisierte Tuberkulose aufwiesen, aus dem Blute.

Die von den Frauen genährten Säuglinge entwickelten sich trotz der vorhandenen Bazillen gut; die Gefahr einer Infektion wird daher als gering angesehen. Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Duschinoff (Sinaide, St. Petersburg). *Über den Nachweis von Tuberkelbazillen im Blute und lokale Entzündungsherde bei chirurgischer Tuberkulose.* (Bruns Beitr. z. klin. Chir., LXXIX, S. 1, 1912.)

In 9 leichten Fällen chirurgischer Tuberkulose fanden sich stets, in 20 mittelschweren Fällen in 65%, in 21 schweren Fällen in 71% Tuberkelbazillen im Blute.

In eitrigen Exsudaten seröser Höhlen und Gelenke fanden sich trotz mehrfacher Jodoformölinjektionen stets Tuberkelbazillen.

Die mikroskopischen Befunde wurden durch das Tierexperiment erhärtet. Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Blum. *Some facts suggested by the examination of children of tuberculous patients.* (Ergebnisse der Untersuchung der Kinder tuberkulöser Patienten.) (New York Med. Iourn., 22. Juni 1912.)

Von diesen Kindern wiesen 80% keine Tuberkulose auf, aber diese bedurften dennoch zumeist ärztlicher, respektive chirurgischer Pflege wegen anderer Läsionen. Die Fürsorge für die Tuberkulösen soll sich zweifellos auf die ganze Familie erstrecken. Wachenheim.

R. Hollmann. *Über den Verlauf von Tuberkulinreaktionen bei Tag und bei Nacht.* (Inaug.-Dissert., Leipzig, 1911.)

Tuberkulinreaktionen treten nach Injektion am Morgen schneller ein als nach abendlicher Injektion. Es kommen ferner in der Nacht weniger Reaktionen zur Auslösung als am Tage.

Den Grund hierfür sieht Verf. in der Einwirkung des Tageslichtes auf den Gesamtstoffwechsel. Wie schon normalerweise die periodische Schwankung der Tagestemperatur des Menschen als Lichteinwirkung anzusehen ist, so fallen wirksame Stoffe, die tagsüber in den Bereich des „schnelleren und vermehrten Stoffwechsels" eintreten, naturgemäß auch in den Abschnitt dieser erhöhten Oxydationsprozesse. Und sie werden so scheinbar ihre Wirkung schneller auslösen, als wenn sie nachts einverleibt werden, wo der Stoffwechsel ein geringerer ist. Hollmann lehnt die Muskelbewegungen als Ursache der beschleunigten beziehungsweise verlangsamten Reaktion ab. Klotz.

Ter-Markosoff. *Ruhe und Bewegung beim initialen Stadium der Lungentuberkulose.* (Inaug.-Dissert. d. Heidelberger Med. Klinik, 1911.)

Verf. sah bei leichten initialen Lungenphthisen keine Verschlimmerung, wenn er den Patienten statt der Liegekur Bewegung erlaubte. Auch Pulsfrequenz, Blutdruck, Fieber erfahren keine Verschlechterung. Leichte Temperaturgipfel, die schon während der Ruhe vorhanden waren, wurden durch Bewegung nicht „wesentlich" erhöht.

Während der Bewegungsperioden war die Nahrungsaufnahme gesteigert und die Körpergewichtszunahme eine lebhaftere. Bei sensiblen Patienten, die durch eine Liegekur herabgestimmt waren, trat, sobald Bewegung erlaubt wurde, eine Hebung der Psyche ein.

Bei aller nötigen Individualisierung und Aussiebung des tuberkulösen Materials (Ausschluß initialer progredienter Phthisen, stärker Fiebernder usw.) spricht sich Autor doch sehr günstig über die Bewegung als Heilfaktor aus.

Ich für meinen Teil habe mit der Bewegung in einschlägigen Fällen so wenig günstige Erfahrungen gemacht, daß ich den Opti-

mismus der Krehlschen Klinik nicht teile. Gerade initialen Phthisen wird mit Liegekur in freier, bewegter, staubfreier, sonniger Luft fast immer mehr genutzt als mit Bewegung. Klotz.

Stocker (Luzern). *Über die Erzeugung von Überempfindlichkeit gegen Tuberkulin Beraneck.* (Inaug.-Dissert., Bern, 1911.)

Bei Mäusen gelang es nicht, durch wiederholte Einverleibung selbst sehr hoher Dosen von Beraneckschem Tuberkulin Überempfindlichkeit zu erzeugen, wohl aber bei Meerschweinchen. Diese Tiere wurden sogar durch einmalige Injektion einer mittleren Dosis gegen eine andere mittlere Dosis, die sonst reaktionslos ertragen wurde, sensibilisiert und gingen an dieser Dosis zugrunde. Durch Kontrollversuche wurde ausgeschlossen, daß Summationswirkung die Ursache des Todes war. Klotz.

Rollier (Leysin). *La cure solaire de la Tuberkulose chirurgicale.* (Paris méd., 1911.)

Rollier weist daraufhin, daß schon Poucet torpide Wunden und tuberkulöse Arthritiden heliotherapeutisch behandelte (1899). Die Kombination von Sonne und Hochgebirge wendete dann zuerst Bernhard in Samaden an, dessen Erfolge bei externer Tuberkulose und anderen chirurgischen Affektionen Rollier veranlaßten, die Sache nachzumachen und das Verfahren zu der virtuosen Technik auszuarbeiten, die heute unzertrennbar an die Namen Leysin und Rollier geknüpft ist. Schade, daß die besten Resultate eben nur dort erhalten werden können, wo Höhenklima und stärkste Isolationsmöglichkeit sich vereinen. In der Ebene sind die Erfolge schon lange nicht mehr so prompt und in den norddeutschen Tiefebenen ist kaum etwas zu erreichen. Zudem ist selbst in Leysin oft genug viel Geduld erforderlich. Denn z. B. wenn schon eine Spina ventosa des kleinen Fingers mit 3 Fisteln 1 Jahr heliotherapeutisch behandelt werden muß bis zur völligen Ausheilung, dann gibt das doch zu denken. Viel Geduld und viel Geld sind also zwei Schlagworte der Heliotherapie. Daß die Resultate quoad functionem überwiegend vorzügliche sind, mitunter geradezu staunenerregende, daß die Kur selbst mit einem Minimum von Schmerzen verknüpft ist, ist bereits so weit auch ins Laienpublikum gedrungen, daß Leysin für Tuberkulose den Nimbus eines Lourdes gewonnen hat. Wen diese ganze Frage interessiert, dem sei übrigens die monographische Studie von Bernhard (Heliotherapie im Hochgebirge, Stuttgart, Ferdinand Enke, 1912, Mark 4) warm empfohlen. Klotz.

N. I. Lunin. *Bronchialdrüsentuberkulose.* (Wjestn. uschn., gol. i nosow. bolesn., 1911, Nr. 10.)

Die Infektion erfolgt auf dem Wege der Lymphgefäße des Respirationstraktus. Nur Drüsen von gewisser Größe und mit regressiver Metamorphose gestatten eine sichere Diagnose: Druck auf die Nachbarorgane, Gefäße, Nerven, Ösophagus. Die Therapie besteht im wesentlichen in Hebung des Allgemeinzustandes.

Schlieps (Charkow).

St. v. Czarnowski. *Beitrag zur Symptomatologie und Pathologie der tuberkulösen Meningitis.* (Inaug.-Dissert., Kiel, 1912.)

Birk (Kiel).

G. Hotz. *Die Jodbehandlung der Tuberkulose.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXIV, S. 100.)

Verf. empfiehlt das Jod als ein vorzügliches Mittel zur Behandlung lokalisierter, insbesondere chirurgischer Tuberkulose. Er glaubt auf Grund der in der vorliegenden Arbeit mitgeteilten Untersuchungen annehmen zu können, daß die Wirkung des Jods in seinen verschiedenen Anwendungsformen auf einer Anregung der Lymphozytose, auf einer Anregung der den Lymphozyten eigenen, gegen Fettstoffe, auch gegen Bakterienfette wirksamen Fermente beruhe. R. Weigert (Breslau).

B. Schick. *Über die Behandlung des Scharlachs mit Moser-Serum.* (Therap. Monatsh., April 1912, S. 258.)

Verf. hat sich in einer kurzen Arbeit der leider noch etwas undankbaren Aufgabe unterzogen, für die Behandlung der schwersten Scharlachfälle mit Moser-Serum einzutreten auf Grund seiner langjährigen Erfahrung und weist auf die überaus günstigen Resultate verschiedener russischer Autoren hin, die ihre Erfahrungen an großem Materiale gewonnen haben, verschweigt aber auch nicht die diesem Serum anhaftenden Mängel. Die eklatanteste Wirkung zeigt sich bei den schweren toxischen Scharlachfällen mit benommenem Sensorium, Zyanose, Diarrhöen usw., indem diese Symptome meist unter kritischem Temperaturabfalle von 2 bis 3° in den nächsten 24 bis 48 Stunden verschwinden, wenn die entsprechende Dosis Serum (200 cm^3) innerhalb der ersten 3 Krankheitstage injiziert wurden. Weniger verläßlich und ersichtlich ist die Wirkung bei Fällen mit schweren Rachen-, Nasen- und Drüsenaffektionen, obwohl auch hier mitunter überraschende Besserung eintritt. Verf. hält das Moser-Serum natürlich nicht für das ideale Mittel in der Scharlachbekämpfung, aber für das derzeit beste, ja einzige Mittel, mit dem man bei diesen schwersten, vorwiegend toxischen Scharlachfällen Erfolge erzielen kann, und Referent, der seit Beginn dieser Therapie bis heute dieser „sogenannten therapeutischen Verirrung" Pospischill treu geblieben ist und seine jahrelangen Erfahrungen an einem großem Materiale sich erworben hat, schließt sich vollständig den Ausführungen des Verf. an. Zuppinger (Wien).

O. Kirsch. *Funktionsstörungen des Blut- und Lympfgefäßsystems der Haut als Folge des Scharlachexanthems. Beziehungen derselben zur Scharlach-Nephritis und — Hautwassersucht.* (A. d. Karolinenkinderspital in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 97.)

Die Ergebnisse der Arbeit sind folgende:

Dem Höhepunkt des Scharlachexanthems entspricht ein hoher Grad entzündlicher Dilatation der arteriellen (vermutlich auch der

venösen und Lymph-) Kapillaren des Hautorgans, durch welche die Kapillarkontraktilität zunächst schwer geschädigt erscheint.

Die im Verlaufe der Rekonvaleszenz eintretende Abblassung des Scharlachausschlages ist der Ausdruck der Wiederkehr der Kontraktionsfähigkeit der arteriellen usw. Kapillaren. Mit Abschluß der Abblassungsperiode resultiert jedoch eine übermäßige Verengerung genannter Gefäße.

Die übermäßige Kontraktion der arteriellen Kapillaren verrät sich durch die im Verlaufe der Rekonvaleszenz auftretende Blässe der Körperhaut, die nicht allein auf einem leichten Grad wahrer Anämie beruht, sondern pseudoanämischer Natur und in einer Kontraktion der arteriellen Hautgefäßnetze begründet ist. Die während des Exanthemhöhestadiums durch entzündliche Erweiterung der Gefäßnetze zunächst eingeengten, später verschwundenen Gefäßnetzlücken kommen in der Abblassungsperiode wieder zum Vorschein und vergrößern sich zusehends unter fortschreitender Verengerung der Gefäße so lange, bis eine je nach dem Kontraktionsgrade derselben verschieden großfleckige Livedo annularis (pseudo-) anaemica als Endresultat des Abblassungsprozesses erscheint.

Die Verengerung des Hauptvenensystems verrät sich durch die ungemein deutliche Ausprägung sämtlicher venöser Hautgefäße und führt in einzelnen Fällen zum Auftreten von venösem Spasmus mit peripherer Zyanose. Die Kontraktion der Hautvenen ist an einzelnen Prädilektionsstellen bis in das Gebiet der venösen Präkapillaren und Kapillaren nachweisbar (Gefäßstreifen).

Die der Exanthemabblassung zugrunde liegende Kontraktion der arteriellen Hautkapillaren führt häufig, vermutlich unter Mitwirkung eines gleichzeitig im Bereich der venösen Kapillaren auftretenden Stauungsmomentes, zum Erscheinen der postexanthematischen Abblassungsblutungen, deren Entstehungsmodus mit jenem der Purpura nervosa übereinstimmen dürfte.

Die scharlachrekonvaleszente Haut zeigt vasomotorische Ataxie (Neigung zu flüchtigen Erythemen).

Den höchsten Grad der Funktionsschädigung der Hautblutgefäße bedeutet die Scharlachnephritis, jenen des Hautlymphgefäßsystems die Hautwassersucht, welcher eine spastische Verengerung der Lymphkapillaren zugrunde liegen dürfte.

Die Kontraktilitätsschädigung arterieller, venöser und Lymphkapillaren ist wahrscheinlich auf eine von der von Wiesel bei Scharlach festgestellten, anatomischen Schädigung der Gefäßmuskulatur analoge Affektion muskulärer Kapillarelemente zu beziehen.

Die im Anschluß an andere, schwere Infektionen begleitende Exantheme, z. B. den Rash der Variola, sowie die oft mit von universellem Erythemausbruch gefolgten Metallsalzintoxikationen häufig auftretende Nephritis und Hautwassersucht dürften gleichfalls mit analogen Funktionsschädigungen der Hautblut- und -lymphgefäße im Zusammenhang stehen, wie sie nach Scharlach resultieren.

Da dem sekundärangioneurotischen Zustand der scharlachrekonvaleszenten Haut eine Schädigung der Hautkapillaren selbst

zugrunde liegt, so gewinnt die Annahme Wahrscheinlichkeit, daß viele Krankheitsbilder von anscheinend „neurogener" Genese, wie die Angioneurosen, manche Komplexe vasomotorischer Symptome bei Neurosen, Arteriosklerose usw. in Wahrheit „angiogen" bedingt sind. Birk (Kiel).

Berg. *Some clinical features of scarlatina.* (Klinische Merkmale des Scharlachfiebers.) (Med. Record., 11. Mai 1912.)

Genaue Temperaturmessungen haben nicht nur Bedeutung in bezug auf die Schwere der Erkrankung, sondern auch auf die Bestimmung des Stadiums und der Anwesenheit von Komplikationen, weil die normale Temperatur beim Scharlachfieber sehr typisch verläuft. Von spezieller Bedeutung ist Abweichung von der gewöhnlichen Lysis vom 5. bis 8. Krankheitstage. Wachenheim.

Nicoll and **Williams.** *Inclusion bodies in the blood of scarlet fever, as a means of differential diagnosis.* (Einschlußkörper im Blute bei der Differentialdiagnose des Scharlachfiebers.) (Arch. of Pediatrics, Mai 1912.)

Verff. bestätigen die Ergebnisse von Döhle und Kretschmar, doch meinen sie, daß die Akten noch nicht ganz geschlossen und weitere Untersuchungen erforderlich sind. Wachenheim.

Nicoll. *Inclusion bodies in scarlet fever blood as a means of differential diagnosis.* (Leukozyteneinschlüsse im Blute bei der Differentialdiagnose des Scharlachs.) (Arch. of Pediat., Juni 1912.)

Obgleich durchaus nicht pathognomonisch, scheinen diese Körper nicht bei den scharlachähnlichen Krankheiten vorzukommen; sie sind mit Leukozytose vergesellschaftet und werden bei Krankheiten, die durch Leukozytose gekennzeichnet sind, gefunden.
Wachenheim.

A. Gonget. *Experimenteller Scharlach.* (Ssibirskaja Wratsch. Gas., 1911, N. 46/47.) Schlieps (Charkow).

E. Weill et **Dufour.** *Angine scalatineuse à type nécrotique perforant. Étude bactériologique.* (Bull. de la soc. de péd., Paris, 1912, p. 237.)

Die bakteriologische Untersuchung einer nekrotisierenden Scharlachangina ergab von pathogenen (aëroben und anaëroben) Bakterien in der Hauptsache Streptokokken und Diphtheriebazillen.
R. Weigert (Breslau).

Sowade (Halle). *Beitrag zur Kenntnis der Hautdiphtherie.* (Arch. f. Dermat. u. Syph., 1912, S. 113.)

18 Tage nach der Impfung trat bei einem 9 Monate alten Kinde Entzündung des Oberarmes auf. Es bildete sich unter schwerer Nekrotisierung ein Geschwür, das bis auf das Periost des Oberarmes fortschritt. An verschiedenen Stellen des Körpers bildeten sich ähnliche Geschwüre. Nach dem Exitus an Bronchopneumonie wurden Diph-

theriebazillen als Erreger nachgewiesen. Es fanden sich ferner die fusiformen Bazillen von Plaut und Vincent.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Hahn (Marburg). *Über Diphtherie-Durchseuchung und Diphterie-Immunität.* Deutsche. med. Wochenschr., 1912, S. 1366.)

Mit der Römerschen Methode des Antitoxinnachweises gelang es Verf. im Serum verschiedener Personen, die mit Diphtheriekranken häufig in Berührung kamen (Ärzte, Pflegerinnen), hohe Antitoxindosen nachzuweisen. Diese erreichten einmal 2·5 A. E., d. h. eine Höhe, die durch Injektion von zirka 6000 A. E. bei einem erwachsenen Menschen erzielt wird. Damit ist der Beweis erbracht, daß der Mensch zur aktiven Immunisierung sehr wohl geeignet ist. Da diese ferner in ihrer Dauer der passiven Immunität (durch Heilserum erzeugt!), besonders durch längeres Anhalten, weit überlegen ist, müßte eine unschädliche, sicher wirkende aktive Immunisierungsmethode als bedeutender Fortschritt in der Diphtherieprophylaxe bezeichnet werden. Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Blühdorn (Berlin). *Unsere Diphtherieerfahrungen 1910/11.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 1266.)

Verf. berichtet über 293 im Rudolf-Virchow-Krankenhause beobachtete Diphtheriefälle. Insgesamt waren 11% Mortalität festgestellt.

Gute Erfolge hatte die Behandlung mit hohen Antitoxindosen (9000 J. E.).

Größere Dosen (20.000 bis 30.000 J. E.) hatten bei Lähmungen und Herzschwäche wenig Wirkung. Für die Prognose günstig ist frühzeitige Anwendung der spezifischen Therapie.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

A. I. Dworetzky. *Über die Dosierung von Diphtherieserum.* (Practitschesky Wratsch., 1911, Nr. 40—43.)

In nicht zu spät zur Beobachtung gelangenden Fällen sind mindestens 4000 I.-E. zu injizieren, in verschleppten Fällen 6000 bis 8000. Handelt es sich um Komplikationen, so empfiehlt Verf. Injizierung von 10.000 bis 20.000 I.-E., in Fällen von Sepsis oder Gangrän 25.000 bis 40.000. Ist keine Besserung zu konstatieren oder gar eine Verschlimmerung, so sind die Injektionen alle 12 Stunden zu wiederholen. Schlieps (Charkow).

Ljaschenko. *Instillation von Sublimatlösung in die Nase bei Diphtherie der Kinder.* (Pädiatrija, 1912, Nr. 6.)

Derselbe Verf. empfiehlt in früheren Arbeiten bei Diphtherie Injektionen von Sperminum Poehl, interne Verabreichung von Bier und Kochsalzklysmen. Das Sublimat empfiehlt er als Lösung von 1 bis 2 : 5000 in der Menge von 5 Tropfen in jedes Nasenloch, 6 mal täglich. — Seine therapeutischen Methoden dürften wenig Anhänger finden. Schlieps (Charkow).

R. Jaffé. *Säureagglutination und Normalagglutination der Typhus-Koli-Gruppe.* (Arch. f. Hyg., LXXVI, S. 1.)

Es handelt sich um eine Nachprüfung der Angaben von Michaelis (Deutsche med. Wochensrch. 1911, S. 969); in diesen stellte Michaelis fest, daß von Essigsäure mit genau bestimmtem H-Ionen-Gehalt die Vertreter der Typhus-Paratyphusbazillen agglutiniert werden, während Bact. coli in seinen verschiedenen Variäteten unbeeinflußt bleibt. Aus den Untersuchungen von Jaffé geht hervor, daß im großen und ganzen dem so ist. Indessen fand Verf. sowohl Typhus- wie Kolistämme, bei denen die Probe falsche Resultate gab. Die Säureagglutination hat den Vorteil, rasche Resultate auch aus Mischkulturen mit einiger Sicherheit zu geben, die Agglutination mit Immunserum vermag sie nicht zu verdrängen. Zu ähnlichen Resultaten führten die Untersuchungen von Poppe. Zeitschr. f. Immunforsch. Bd. 13, Nr. 2 Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Marmann. *Untersuchungen über den diagnostischen Wert des bakteriziden Reagenzglasversuches bei Typhus.* (Arch. f. Hyg., LXXVI, S. 77.)

Der bakterizide Reagenzglasversuch kann gelegentlich positiv ausfallen, wenn die Widalsche Reaktion negativ ist, er ist daher bei begründetem Verdacht auf Typhus anzustellen. Da aber auch mit Normalseris gelegentlich Bakterizidie auftritt, anderseits mit Typhuspatientenserum keine Bakterizidie nachweisbar ist, ist sein Ergebnis ebenso wie das der Widalschen Reaktion bis zu einem gewissen Grade mit Vorsicht zu verwerten.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Brückner (Saarbrücken). *Über Typhusverbreitung.* (Deutsche med. Wochenschr. 1912, S. 1490.)

Nach seinen Erfahrungen, die Verf. während seines Kommandos beim Reichskommissar für die Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches sammelte, kommt er zu folgenden Schlüssen:

Der Bazillen ausscheidende Mensch ist die Hauptquelle für neue Infektionen (Koch). Unsauberkeit und Schmutz in deren Umgebung befördert solche, zumal in Nahrungsmittelbetrieben. Von solchen gehen leicht Epidemien aus. Direkte Kontaktinfektionen von Person zu Person spielen keine entscheidende Rolle.

Die Bekämpfung des Typhus muß in erster Linie die Erreger in den Ausscheidungen der Kranken und Träger zu vernichten, dann den Sinn für Reinlichkeit der Bevölkerung zu heben suchen. Die Nahrungsmittelbetriebe sind einer strengen Kontrolle zu unterziehen.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Gossage. *Rheumatism in children.* (Rheumatismus bei Kindern.) (Pediatrics, April 1912.)

Verf. weist speziell auf die Häufigkeit der rheumatischen Knoten hin; sie sind besonders mit Herzerkrankung vergesellschaftet und diagnostisch von großem Wert. Man findet sie gewöhnlich auf den

Knochenprominenzen, Sehnenscheiden, bis zu Erbsengröße und gelegentlich zu Hunderten. Verf. betont auch das versteckte, fast symptomenlose Auftreten der Endokarditis und Myokarditis; beim Erscheinen der Geräusche ist die Herzerkrankung schon ausgebildet und Herzschwäche entwickelt. Wachenheim.

Inaba (Kyoto, Japan). *Über den Bordet-Gengouschen Keuchhustenbazillus, besonders Übertragung des Keuchhustens auf Tiere.* (Zeitschr. f. Kinderh., Bd. IV, 1912, S. 252.)

Nach einer Literaturübersicht teilt Verf. mit, daß er unter 81 untersuchten Fällen von Keuchhusten 78 mal den Bodet-Gengouschen Bazillus fand. Negativ war die Untersuchung bei 3 alten Fällen. Kulturell wurde derselbe innerhalb der ersten 14 Krankheitstage in 91% mit älteren Fällen zusammen in 88% von Keuchhusten nachgewiesen. Bei anderen Affektionen der Respirationsorgane wurde derselbe nicht gefunden.

Der Keuchhusten- und Influenzabazillus ist im Ausstriche schwer, in der Kultur leicht zu differenzieren. Zur Kultur empfiehlt Verf. einen neuen Nährboden, der aus 10 Teilen von gewöhnlichem alkalischem Agar + 2 Teilen defibriniertem Ziegenblute besteht.

Auf japanische Affen ließ sich der Keuchhusten durch Betupfen der Rachenwand mit Reinkulturen, die von einem 3 Monate alten Säuglinge gewonnen waren, übertragen. In einem beschriebenen Versuch betrug die Inkubationszeit 13 Tage, dem folgte ein katarrhalisches Stadium von 2 und ein konvulsivisches Stadium von 23 bis 25, ein Stadium decrementi von 18 bis 20 Tagen.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Sierra. *Sueroterapia de la tos ferina.* (Serumtherapie des Keuchhustens.) (Rev. d. med. y cir. pract., XXXVI, 1912, p. 431.)

15 cm^3 Serum eines Kindes, das Keuchhusten überstanden hatte, wurde einem $1^1/_2$jährigem Kinde mit schwerem Keuchhusten injiziert. 2 Tage darauf wurden die Anfälle leichter und sistierten nach 11 Tagen völlig.

Verf. verspricht sich von einem fabrikmäßig gewonnenen Serum für die Praxis guten Erfolg.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Hidero Toyoda. *Bakteriologische Untersuchunyen bei der Lungenpestepidemie in der Mandschurei 1910/11.* (Zentralbl. f. Bakt., I, Orig., Bd. LXIII, S. 134.)

Die Lungenpestbazillen sind morphologisch, kulturell und biologisch den Drüsenpestbazillen gleich. Sie sind pathogen für Ratten, Mäuse, Ziesel in Dosen von $\frac{1}{500.000}$ mg für Mäuse in Dosen von $\frac{1}{500{,}000.000}$ mg, ferner für Tarbagan, Hunde, Meerschweinchen. Tauben waren immun. Die Übertragung bei der Epidemie mußte von Mensch zu Mensch erfolgt sein, da Tierepizootien nicht beob-

achtet wurden und die Ausbreitung für eventuelle Wanderungen von Tieren zu schnell erfolgte. Infektionen durch infizierte Gegenstände wurden nicht beobachtet. Für die große Ausbreitung werden Massenwanderungen und das enge Zusammenwohnen beschuldigt. In direkter Sonnenbelichtung gingen die Pestbazillen im Sputum in 4 Stunden zugrunde; Temperaturen von — 4 bis — 22° Kälte im diffusen Tageslicht töteten die Bazillen im Sputum nicht.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Hidero Toyoda und **Tokuro Yasuda.** *Über die Verbreitung der pestbazillenhaltigen Tröpfchen beim Husten der Pestpneumoniker und einige Untersuchungen über die Widerstandsfähigkeit der Pestbazillen im Sputum.* (Zentralbl. f. Bakt. I, Bd. LXIII, S. 149.)

Durch Plattenkulturen, die vor dem Munde des Pestpneumonikers in verschiedenen Entfernungen aufgestellt waren, fanden die Autoren, daß „je näher die Platten dem Munde des Kranken standen, desto mehr Pestkolonien auf ihnen anzutreffen waren. Jedoch entwickelten sich höchstens 5 bis 7 Pestkolonien in einer der zunächst stehenden Platten, während in den Platten, die sich in größerer Entfernung befanden, nur 1 bis 2 Pestkolonien in je einer Platte vorkamen".

Im direkten Sonnenlicht gehen die Pestbazillen in wenigen Stunden zugrunde, gegen diffuses Tageslicht sind sie wesentlich resistenter. Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Hertz (Warschau). *Über Komplementablenkung in Echinokokkusfällen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 1418.)

In Übereinstimmung mit den meisten Untersuchungen der Literatur bestätigt Verf., daß die Reaktion für die Diagnose sehr brauchbar ist.

Als Antigen dient Ecchinokokkenflüssigkeit vom Schafe. Diese wird in sterilen Gläsern aufbewahrt bei 0°, oder es werden 100 cm^3 derselben im Vakuum getrocknet zu 1·5 g Substanz. Von dieser werden zum jeweiligen Versuch die erforderlichen Mengen in Aq. dest. gelöst. Die verwandten Mengen sind: 1·5 cm^3 NaCl; 0·2 cm^3 Pat.-Serum; 0·1 Antigen; Komplement (1 : 3 verdünnt) 0·1; Hammelblutkörperchen 5% Aufschw. 1·0; Ambozeptor 1·0.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

M. L. Massloff. *Zur Kasuistik der Hundstollwut (rabies) bei Kindern.* (Pädiatrija, 1912, Nr. 6.)

Der Fall betraf ein 6jähriges Mädchen und ist insofern von Interesse, als er klinisch unter dem Bild einer akuten Meningitis verlief. Diese wurde jedoch durch die Autopsie nicht bestätigt. Erst eine spezielle mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab die richtige Diagnose. Schlieps (Charkow).

C. Schwenk. *Symmetrische Osteomyelitis nach Variola.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 1—3.)

Bei einem 14jährigen Kind entwickelte sich einige Wochen nach einer Variolaerkrankung eine symmetrische Osteomyelitis des Akromions. Bakteriologisch fanden sich Diplokokken. Heilung.
Thorspecken (Badenweiler).

Untersuchungen über die Infektiosität der Maul- und Klauenseuche für den Menschen. (Neederl. Tiydschr. v. Geneesk., 1912, S. 1872.)
Die Frage wurde vom Niederländischen Verein für Medizin, dem fast alle niederländischen Ärzte angehören, bearbeitet. Beweise für die Infektiosität waren von keinem der Untersucher sicher zu erbringen, desgleichen wurden von dem Genusse von Milch, die von kranken Kühen stammte, nie mit Sicherheit üble Folgen beobachtet. Einzelne Ärzte führen Stomatitiden beim Menschen auf Milchgenuß zurück. Einen sicheren Beweis für ihre Beobachtungen konnten sie nicht erbringen. Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

E. E. Hartje (St. Petersburg). *Zur Kasuistik der Meningitis basilaris (basalis) posterior.* (Wratsch. Gas., 1912, Nr. 6/7.)
Kasuistische Mitteilung. Schlieps (Charkow).

C. Stamm. *Über Krämpfe bei Neugeborenen.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 1—3.)
Bei 2 Neugeborenen sah Verf. Krämpfe auftreten, die er als funktionelle Krämpfe ansieht, da sie sich nicht wiederholten. Es bestanden febrile Temperaturen während der Krämpfe.
Die funktionellen Krämpfe (Kinder eklamptischer Mütter, genuine Epilepsie, Toxämie bei Sepsis) spielen aber bei den relativ seltenen Krämpfen Neugeborener nur eine geringe Rolle gegenüber den organisch bedingten. Unter diesen nehmen meningeale Blutungen den ersten Platz ein. Einen interessanten einschlägigen Fall teilt der Verf. mit: Einen Tag nach der Geburt traten klonische Krämpfe in Anfällen auf, dabei bestand Spasmus der unteren Extremitäten, Opisthotonus, Strabismus converg., Nystagmus, Fontanellenspannung. Kein Fieber. Durch Lumbalpunktion wurden 30 cm^3 braunroten Liquors entleert, die Krämpfe und übrigen meningitischen Erscheinungen nahmen ab. Nach einer 2. Punktion trat völlige Restitution ein und das Kind entwickelte sich normal. Der Seitaschen Nomenklatur nach handelte es sich um eine infratentoriale Blutung.
Andere Ursachen sind Blutungen in die Gehirnsubstanz, Gehirndefekte u. dgl. Zur letzteren Gruppe gehörte ein Kind, das nach der Geburt opisthotonische Krämpfe und Fieber bekam und bei dem $^3/_4$ Jahr lang eine Starre der ganzen Körpermuskulatur und Apathie bestand. Beide Hemisphären erwiesen sich als große mit Flüssigkeit erfüllte Hohlräume. Auch im Stirnhirn fanden sich größere Defekte. Es handelte sich zweifellos um kongenitale Hemmungsbildungen.
Endlich kommen die Syphilis und septische Erkrankungen des Gehirns und der Meningen in Betracht.
Thorspecken (Badenweiler).

W. Raube. *Über die Durchführung einer milchlosen Kost bei Spasmophilie. (Krampfbereitschaft.)* (Therap. Monatsh., Mai 1912, S. 338.)

Empfehlung der milchlosen Kost bei spasmophilen Kindern vom 9. Lebensmonate an, deren körperlicher Zustand hierdurch auf die Dauer günstig beeinflußt wird. Die Erfolge derselben werden in 8 mitgeteilten Krankengeschichten demonstriert, aus denen auch die Modifikationsfähigkeit dieser Kostform ersichtlich ist. Vor allem ist zu vermeiden, daß die Kohlehydrate mehr als 65% der Kalorien ausmachen. Das Fett ist durch Mettwurst, Eigelb und Lebertran vertreten. Die Bereicherung des Eiweiß (Fleisch) kann durch Nutrose, Plasmon, weißen Käse (Quark) geschehen. Eine Übernährung darf nicht stattfinden. Bei jüngeren Kindern kann man das Fleisch durch frisch ausgepreßten Fleischsaft ersetzen, den man roh in die heiße Bouillon hineinrührt. Die Schleimsuppenmahlzeit kann man mit Nutrose anreichern oder mit Nährzucker süßen. Je jünger das Kind ist, desto eher muß man eine gewisse Menge Milch zulassen.

Zuppinger (Wien).

G. Variot et **E. Bonniot.** *Paralysie faciale chez une filette, à la suite d'une chute sur le séant.* (Bull. de la soc. de péd., Paris, 1912, S. 208.)

Bei einem 11jährigen Mädchen trat unmittelbar im Anschlusse an einen Fall auf das Gesäß eine Lähmung der vom oberen Aste des Fazialis versorgten linksseitigen Gesichtspartien auf. Es trat Entartungsreaktion im befallenen Nervengebiete ein, während allerdings die Reaktion auf den faradischen Strom erhalten blieb, wenn sie auch beeinträchtigt schien. Sensibilitätsstörungen fehlten. Die Lähmung heilte nach einigen Wochen unter Applikation des konstanten Stromes. Der Entstehungsmechanismus der Erkrankung blieb ungeklärt.

R. Weigert (Breslau).

Buffet-Delmas. *Anorexie mentale chez les nourissons.* (Arch. de méd. des enfants, Tom. XV, Mars 1912.)

Ein schwerer Fall von nervöser Appetitlosigkeit bei einem Kinde von 11 Monaten, der schließlich heilte, nachdem er im Verlauf einiger Jahre mit 2050 (zweitausend und fünfzig) Sondenfütterungen behandelt war. (Ob es wirklich so viele sein mußten? Ref.)

Freund (Breslau).

Josef K. Friedjung. *Beobachtungen über kindliche Onanie.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, H. 4, S. 341.)

Birk (Kiel).

Schröck. *Über kongenitale Wortblindheit.* (Inaug.-Dissert., Rostock, 1912.)

Die Kenntnis der „Wortblindheit" ist unter den Ärzten eine noch so wenig verbreitete, daß jeder neue publizierte Fall mehr als rein kasuistisch interessant ist.

Schröck bespricht zuerst die vorhandene spärliche Kasuistik und geht dann näher auf seine vier Beobachtungen ein, von denen

drei typische Fälle von Wortblindheit sind, während der vierte schwieriger zu diagnostizieren war. Die kurze Formel: Wortblindheit bedeutet „Unfähigkeit lesen zu lernen" (Peters) ist nur cum grano salis zu verstehen. Charakteristisch für Wortblindheit ist, daß fehlerlos abgeschrieben wird, daß dagegen im Diktat Fehler gemacht werden und Diktiertes u. a. schon nach 2 Minuten nicht mehr fließend gelesen wird. Zahlen werden, auch in größeren Reihen, richtig gelesen.

Es ist nun interessant, diese Kardinalsymptome bei den vier Fällen der Dissertation zu verfolgen. 1. Entspricht den obigen Darlegungen, jedoch geht das Abschreiben hier schon „nicht besonders gut". Der Diktatausfall ist charakteristisch für Wortblindheit. Schreibt: „Der Wild ist gün" statt „der Wald ist grün"; liest das Diktat unmittelbar richtig, nach einiger Zeit jedoch nicht mehr. 2. Liest leidlich, aber einige Worte falsch. Schreibt langsam und mitunter falsch ab („Ähe" statt „Ähre", „gig" statt „ging"). Diktatschreiben außerordentlich mangelhaft. („Gelagherten" statt „gelagert hatten", „stehten" statt „setzten".) Liest diese Errata unmittelbar darauf jedoch richtig vor, nach geraumer Zeit vermag sie keinen Sinn mehr in sie hineinzulegen. 3. Schreibt schnell und richtig ab, macht im Diktate viele Fehler, „afft" statt „oft", „zwie" statt „zwei". 4. Schreibt langsam aber richtig ab, liest ziemlich gut aber ohne Verständnis. Diktat: Statt: „Im Winter ist es kalt," schreibt er „Eine Vieder ist Ef Kalt", liest richtig darauf: „Im Winter ist es kalt"; nach einiger Zeit vermag er es nicht mehr. Er schreibt seinen Namen Willy richtig, liest aber nach einiger Zeit „viel" statt „Willy".

Es liegt auf der Hand, daß die Fälle von Wortblindheit weit zahlreicher diagnostiziert werden könnten, wenn die Schulmänner genauer darauf acht geben würden. Charakteristisch ist ferner, daß die Kinder zumeist den Ophthalmologen zugeführt werden, weil man glaubt, daß Augenanomalien vorliegen. Klotz.

Brand. *Mitteilung über Behandlung durch Reflexreizung des Vaguszentrums.* (Lancet. 1912, I, Nr. 26.)

In je einem Fall von unstillbarem Erbrechen bei Morbus Basedowi, von spastischem Asthma und von Pertussis bei einem 10jährigen Mädchen, der durch Erbrechen der Nahrung zu Abmagerung und Erschöpfung geführt hatte, wandte Brandt angeblich mit bestem Erfolg die „Ableitung" auf das Vaguszentrum an. Die Haut hinter und unter dem Unterkieferwinkel wurde in einem Bezirk von der Größe eines Schillings mit Jodsalbe bestrichen, bis sich Blasen bildeten. Bei dem Fall von Pertussis wurden sofort die Hustenparoxysmen viel milder und seltener, das Erbrechen nahm ebenfalls an Häufigkeit ab, und es erfolgte eine rapide Heilung.

Philippson (Frankfurt a. M.).

Finkbeiner. *Nochmals die Kretinenfrage.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, 3. Heft, S. 187 u. 199.)

Polemik. Birk (Kiel).

Bruch. *Notes sur la tache bleue sacrée dite mongolique.* (Arch. de méd. des enfants, Tom. XV, Juin 1912.)

Zusammenstellung über die ethnographische Verbreitung des Mongolenflecks. Freund (Breslau).

A. W. Smirnoff (St. Petersburg). *Zur Frage der Pathogenese und Therapie der Cephalo-hydrocele traumatica s. Meningocele spuria traumatica.* (Wratsch. Gas., 1912, Nr. 7.)

Mitteilung von Tierexperimenten. Verf. empfiehlt frühzeitige Operation zwecks Schließung des Defektes vermittels der Naht oder Transplantation. Schlieps (Charkow).

Shukowsky und **Baron.** *Kongenitale Atresie der Speiseröhre mit Trachealfistel.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 1—3.)

Mitteilung eines Falles: Der untere Teil der Speiseröhre endigte in der Trachea; die obere Hälfte des Ösophagus endigte blind.

Thorspecken (Badenweiler).

U. Sella. *Über kongenitale Atresie des Darmes und der weiblichen Genitalien und ihr Verhältnis zur fötalen Peritonitis.* (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path., 1912, Bd. LIII, S. 243.)

Genaue Beschreibung und histologische Untersuchung einer Anzahl von Fällen der genannten Mißbildungen. In den Fällen des Verf. ließ sich stets eine fötale Invagination und eine in ihrer Umgebung bestehende, infolge Darmperforation entstandene Fremdkörperperitonitis nachweisen. Lehndorff (Wien).

Firth. *Erbliches Fehlen der Patellen und Deformität der Nägel.* Brit. Journ. of Children's Diseases, Vol. IX, Nr. 103.)

Firth berichtet über zwei Familien, in denen bei der Mutter und vier, respektive fünf Kindern die oben genannten Mißbildungen: Fehlen oder rudimentäre Bildung der Kniescheiben und Deformität der Nägel vorhanden sind. Die Nägel sind flach, klein, spröde, zeigen längliche Furchen und werden von dem freien Fingerende weit überragt. Die von der Abnormität betroffenen Individuen — häufiger Mädchen als Knaben — weisen beide Mißbildungen zugleich auf. Bei einigen Kindern treten noch andere Abnormitäten hinzu: Ptosis des oberen Lides und Paralyse des inneren Rectus, Pes equinus, Dislozierung der Radien, Gaumenspalte.

Das Fehlen der Patellae bedingt keine oder nur ganz geringfügige Gangstörungen. Philippson (Frankfurt a. M.).

Richardière et **Huber.** *Inocclusion de la cloison interventriculaire avec absance d'artère pulmonaire.* (Bull. de la soc. de péd., 1912, Nr. 1.)

Beschreibung eines Falles dieses seltenen angeborenen Herzfehlers. Freund (Breslau).

E. H. B. von Lier. *Zur Frage der Sticheiterung nach Lumbalpunktion.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXIV, S. 132.)

Mitteilung zweier interessanter Beobachtungen: Im ersten Falle passierte die Lumbalpunktionsnadel einen bis dahin unentdeckt gebliebenen Abszeß vor der Wirbelsäule und schleppte aus diesem nachgewiesenermaßen Staphylokokken in die Lumbalflüssigkeit. Trotzdem kam es in dem Zerebrospinalkanal zu keiner Eiterung. — Im zweiten Falle erfolgte bei einer infolge Chondrodystrophie erschwerten Lumbalpunktion eine Infektion der Meningen und diese führte zu einer Pyämie. R. Weigert (Breslau).

G. Avé Lallement. *Zur Kenntnis tödlicher Spätblutungen nach dem Luftröhrenschnitt bei Diphtherie.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXIV, S. 66.)

Verf. konnte als Ursache der Verblutung durch mikroskopische Untersuchung einen Entzündungsprozeß nachweisen, der, von der Tracheotomiewunde ausgehend, in der Tiefe der Gewebe verborgen war. Trotz seiner geringen Ausdehnung — er war für eine makroskopische Untersuchung nicht zugänglich — schien er doch geeignet, eine eitrige Einschmelzung eines kräftigen Arterienrohres und eine tödliche Blutung herbeizuführen. R. Weigert (Breslau).

H. Abrand. *Note sur la symptomatologie des corps étrangers des voies aériennes (à propos d'un cas de corps étranger d'une bronche de troisième dimension avec extraction par bronchoscopie supérieure.)* (Bull. de la soc. de péd., Paris, 1912, p. 242.)

Verf. macht darauf aufmerksam, daß manche in die Bronchien gelangende Fremdkörper keinerlei Symptome machen — vielleicht außer einer geringen Temperatursteigerung. Später stellte sich dann — scheinbar aus ungeklärter Ursache — eine fötide Bronchitis ein. In solchen lange Zeit symptomlos verlaufenen Fällen sei der Fremdkörper stets in einen Bronchus 3. Grades gelangt; Dyspnoe finde sich fast ausnahmslos bei Fremdkörpern im Larynx und in der Trachea und in Bronchien 1. und 2. Grades, wenn letztere durch den Fremdkörper obturiert werden. Auch Fremdkörper im Ösophagus machen bisweilen bekanntlich lange Zeit keine Symptome.

R. Weigert (Breslau).

Curtis Webb. *Der Wert der Ionisation bei entzündlichen Erkrankungen des Dickdarms.* (Lancet, Vol. I, Nr. 16, 1911.)

Curtis Webb teilt mehrere Fälle von jahrelang bestehender Colitis mucosa mit, die unter Ionisation mit Zinkionen zur vollkommenen Ausheilung kamen. Auf Abdomen und Rücken wird eine Lösung von Natrium bicarbon. appliziert und mit dem negativen Pol verbunden. Als positive Elektrode wird ungefähr 1 l einer 2%igen Zinksulfatlösung in entsprechender Armatur, deren Einzelheiten nachzulesen sind, in das Rektum eingeführt. Jede Applikation dauerte 10 bis 15 Minuten bei 10 bis 15 Milliampères. (Die Patienten

waren alle Erwachsene.) Die Darmspülung wurde in den näher berichteten Fällen in 5 bis 15 Sitzungen erzielt.

Philippson (Frankfurt a. M.).

M. I. Gamrat-Kurek. *Ein Fall von Paraphimose.* (Russk. Journ. koschn. i veneritsch. bolesn., Dez. 1911.)

Beschreibung eines Falles bei einem 4jährigen Knaben als Folge der Onanie. Schlieps (Charkow).

Lediard. *Entfernung eines sakralen Teratoms bei einem 2 Tage alten Kinde.* (Brit. Journ. of Children's Diseases, Vol. IX, Nr. 103.)

Philippson (Frankfurt a. M.).

S. Dulitzky (Odessa). *Sarkom des Dünndarms im Kindesalter.* (Pädiatrija, 1912, Nr. 7.)

Kasuistik. Schlieps (Charkow).

Fr. Kindt. *Ein Fall von retroperitonealem Sarkom bei einem $1^1/_4$-jährigen Kinde.* (Inaug.-Dissert., Kiel, 1911.) Birk (Kiel).

Stadler. *Ein Fall von multiplen, epidermisbekleideten Geschwülsten der Harnblasenschleimhaut.* (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path., 1912, Bd. LIII, S. 362.)

Bei einem 2jährigen Knaben traten allmählich zunehmende Beschwerden bei der Harnentleerung auf, die schließlich zu Retentio urinae führten und wo der Katheterismus ohne Erfolg blieb. Bei der Sectio alta werden massenhaft runde, durchscheinende glasige, wie Weinbeeren aussehende Tumoren entleert. Später Rezidiv und Tod unter Urämie.

Die histologische Untersuchung ergab: Cholesteatom der Harnblasenschleimhaut mit Myxo-Fibrombildung. Lehndorff (Wien).

Shukowsky und **Ssinjoff.** *Über polyzystische Degeneration der Nieren, namentlich im Kindesalter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 1—3.)

Pathologisch-anatomische Studie im Anschlusse an eine sehr seltene Form dieser Mißbildung. Thorspecken (Badenweiler).

H. Alexander. *Über Beckensarkome im Kindesalter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 1—3.)

Mitteilung von 2 Fällen und zusammenfassende Betrachtung der bisherigen Literatur. (Thorspecken Badenweiler).

J. Zappert. *Über die akute schmerzhafte Brustdrüsenschwellung größerer Kinder („Mastitis adolescentium").* (A. d. Kaiser-Franz-Joseph-Ambulatorium in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, H. 4, S. 353.)

Der Verf. äußert hier — auf Grund einer Reihe eigener Beobachtungen — die Ansicht, daß die als Mastitis adolescentium bezeichnete vorübergehende Schwellung der Brustdrüsen beider

Geschlechter kein physiologischer Vorgang sei, wie bisher angenommen wurde, sondern als eine pathologische, auf einer veränderten Wirkungsweise des von den Genitaldrüsen ausgehenden Brustdrüsenhormons beruhende pathologische Erscheinung aufzufassen sei.

Birk (Kiel).

W. Jaenicke. *Die Augenveränderungen beim Turmschädel.* (Inaug.-Dissert., Rostock, 1912.)

Die Sehnervenstörungen setzen stets vor dem 7. Lebensjahr ein, desgleichen der Exophthalmus. Die Sehnervenatrophie ist nicht genuinen Ursprungs, sondern deszendierend beziehungsweise neuritisch infolge einer Schädigung der Schädelbasis und speziell des Chiasma opticum durch den Druck des in seinem Wachstum durch frühzeitige Nahtverknöcherung gehemmten Hirns. Möglicherweise spielt auch die durch Verlagerung der Karotiden denkbare Zirkulationsstörung eine begünstigende Rolle.

Jedenfalls mahnen Amblyopien ohne deutlichen Befund und Sehnervenatrophien unbekannter Ursache daran, an eine Schädeldeformität zu denken. Auch ein Exophthalmus hilft mit auf die richtige Spur. Wenn irgend möglich, mache man Röntgenaufnahmen, welche ein charakteristisches Bild des Turmschädels geben. Lumbalpunktion, Trepanation vermögen dem Fortschreiten des Sehnervenleidens kaum dauernd Halt zu gebieten. Dagegen hat der Balkenstich in diesen Fällen vielleicht eine Zukunft. Klotz.

Fraenkel. *Dysbasia lordotica progressiva, dystonia musculorum deformitans, tortipelvis.* (Journ. Nervous & Ment. Dis., Juni 1912.)

Das Krankheitsbild besteht aus 1. einer Beckendifformität, 2. tonischen und klonischen Krämpfen der Beckenmuskulatur, eventuell mit Zucken anderer Muskeln. Die Krämpfe sind beim Stehen besonders gut ausgebildet, daneben besteht starke Lordose der unteren dorsalen und lumbalen Wirbelsäule. Wachenheim.

Schmidt (Bonn). *Haltungsübungen und Haltungsfehler in ihren anatomischen und hygienischen Grundlagen. Die statische Skoliose und ihre Feststellung.* (Mit 10 Abbildungen, Leipzig 1912.)

Ein Vortrag, der die Aufmerksamkeit auf die Skoliose der Schulkinder lenken soll, gleichzeitig die Wichtigkeit orthopädischer Turnstunden an den Schulen zur rechtzeitigen Behebung des Übels betont. Birk (Kiel).

Fürsorge, Krankenhäuser, Heilstätten.

Pfaundler. *Ein letztes Mal die „hungernden Kinder".* (Münchener Med. Wochenschr., 1912, Nr. 19.)

Oppenheimer und Landauer hatten sich in ihrer ersten Mitteilung (in der Münchener med. Wochenschr., 1911, S. 2220)

folgendermaßen exponiert: „Wir werden nicht fehlgehen, wenn wir annehmen, daß in den sämtlichen peripher gelegenen Münchener Volksschulen die Kinder außerordentlich schlecht ernährt sind. Als Konsequenz aus diesen tieftraurigen Feststellungen geht die Forderung einer genügenden Schulspeisung hervor." Aus dieser Formulierung ihrer Auffassung geht unweigerlich hervor, daß die Autoren in erster Linie alimentäre Gesichtspunkte im Auge hatten. Das erhärtet auch der zu gleicher Zeit publizierte Aufsatz „Hungernde Kinder" in den Süddeutschen Monatsheften. Wie erinnerlich, polemisierte daraufhin Pfaundler (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 5) gegen die Ausführungen der beiden Autoren und rechnete die „tieftraurigen Feststellungen" auf ein bedeutend weniger melancholisches Endexempel um. Nun ergreifen Oppenheimer und Landauer wieder das Wort (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 13) und bezeichnen die Art und Weise, wie man ihre Publikation ausgelegt hat, als „absurd". Sie geben zu, daß sie für „als Konsequenz" besser „als eine Konsequenz" hätten schreiben sollen. Das heißt also zum Rückzuge geblasen. Es kann nun hier nicht die ganze Streitfrage kritisch besprochen werden, die bereits zu 10 Publikationen angewachsen ist. Ich hatte schon früher darauf hingewiesen, daß ich die Pfaundlerschen kritischen Ausführungen für wertvoll genug halte, sie als Originalaufsatz in unserer engeren Fachliteratur publiziert zu wünschen. Meiner Auffassung nach ist auch die von Oppenheimer und Landauer versuchte Abwehr der Pfaundlerschen Angriffe: Anzweiflung der Richtigkeit der Normalwerte, auf die Oppenheimer und Landauer sich stützen, Nachweis der Unbrauchbarkeit des Zentimetergewichtes u. a. m., als durchaus mißlungen zu bezeichnen. Die Einwände Oppenheimers, der gar noch einen zünftigen Physiker und Mathematiker gegen Pfaundler mobil macht, geben diesem nur Gelegenheit, als gewiegter Mathematiker zu brillieren. Wenn Oppenheimer es als unangemessenen Scherz bezeichnet, daß Pfaundler eine verkleinerte Venus von Milo auf Grund des Zentimetergewichts als unterernährt bezeichnen muß, so muß Referent gestehen, daß Pfaundler jedenfalls die Lacher auf seiner Seite hat.

Die Zahl der Kinder, die aus sozialem Elend hungernd zur Schule gehen müssen, ist jedenfalls in München nicht größer als in Berlin, London und sonstigen Kulturzentren. Auf keinen Fall bestehen die ungeheuerlichen ersten Zahlen Oppenheimers zu recht. Und die Zweifel Pfaundlers an der Opportunität der Schulspeisung sind keinesfalls von der Hand zu weisen.

Durch Schulspeisungen werden Ernährungszustand und Schulleistungen verbessert, wie statistisch nachgewiesen ist. (NB. was läßt sich statistisch nicht beweisen?) Röse in Dresden hebt Ernährungszustand und Leistung durch Sanierung des Gebisses. Ein Paar kariöse Zähne wird ja wohl jeder Volksschüler haben! Ich hoffe nicht mißverstanden zu werden und wollte nur darauf hinweisen, wie komplex die von Oppenheimer aufgerollte Streitfrage ist. Klotz.

Hess (Nauheim). *Über Winterkuren in Kinderheilstätten.* (Sonder-Abdr., Verlag Benno Konegen, Leipzig.)

Nachdem die Seehospize mit Winterkuren vorangegangen sind und gute Erfolge erzielt haben, beginnen jetzt auch die Landerholungsstätten damit. Wenngleich man auch den Winter an der See, insbesondere an der Nordsee, in keiner Weise gleichsetzen kann dem Winter im Binnenlande, so ist doch nicht zu bezweifeln, daß man bei geeignetem Material, namentlich bei den Kindern des Großstadtproletariats, gute Erfolge mit Winterkuren erzielen wird. Die Kurdauer der Winterperioden ist auf 7 Wochen berechnet gegenüber den 4wöchigen Sommerkuren. Birk (Kiel).

Häberlin (Föhr). *Meeresheilkunde, Seehospize und Volksgesundheit.* (Veröffentl. a. d. Gebiete d. Med.-Verwalt., Bd. I, H. 6.)

In dankenswerter Weise schildert der Verf. hier die Entstehungsgeschichte der Seehospize, ihre Indikationen und ihre Erfolge beziehungsweise ihre Rückwirkungen auf den kindlichen Organismus, letztere hauptsächlich auf Grund eigener experimenteller Untersuchungen.

Die Propaganda für die Seehospize kann unseres Erachtens nicht intensiv genug geführt werden. Gehören dieselben doch zu den wertvollsten Errungenschaften der pädiatrischen Therapeutik. Gerade deshalb aber erscheint es uns angebracht, darauf hinzuweisen, daß der Maßstab, mit dem die Thalassotherapeuten ihre Erfolge messen, ein ganz falscher ist. Körpergewichtszunahmen, Vermehrung der roten Blutkörperchen, Steigerung des Hämoglobingehaltes u. a. m. sind keine spezifischen Heilerfolge der See, sondern recht nebensächliche Begleiterscheinungen, die sich auch in Ferienkolonien, Sommerfrischen, ja sogar auf den Dachgärten der Großstadt erzielen lassen, sofern man die Kinder nur 4 Wochen lang sich dort gründlich herumtummeln läßt. Auch etwaige Stoffwechselversuche an der See geben keinen Maßstab ab, sind im Gegenteil mit größter Vorsicht zu genießen, in ihren Ergebnissen nicht zu verallgemeinern und — soweit an Erwachsenen gewonnen — nicht auf Kinder zu übertragen.

Maßgebend für die Beurteilung des Wertes der Seehospize ist vielmehr ausschließlich die klinische Beobachtung der Kinder. Die Ärzte im Binnenland interessiert nicht, um wieviel die See und das Seeklima die Blutkörperchenzahl eines Kindes vermehrt hat, wohl aber: wie hoch die Chancen sind, daß es z. B. sein Asthma verliert, oder wie sich die chronischen Katarrhe der oberen Luftwege verhalten, gemessen an der Zahl der Rezidiva und der Intensität ihres Auftretens, ferner, wie die Tuberkulose eines Kindes beeinflußt wird, d. h. ob neue Herde von tuberkulösen Knochenerkrankungen trotz längeren Aufenthaltes im Seehospiz sich einstellen, wie lange tuberkulöse Knochenfisteln brauchen, bis sie heilen im Vergleiche zum Binnenlande, ob Drüsen neuerkranken und wie lange es dauert, bis sie zurückgebildet sind, ob sie überhaupt sich zurückbilden oder aufbrechen und Fisteln bilden u. dgl. m.

Solche Angaben sind notwendig, wenn die Propaganda für die Seehospize auch von denen geführt werden soll, die sie am wirksamsten vertreten können, nämlich von den Ärzten. Birk (Kiel).

Hirtz (Köln). *Waldschulen und Erholungsstätten für Stadtkinder.* (Soziale Tagesfragen, H. 40, Verlag des Volks-Vereins, M.-Gladbach, 1912.)

Waldschulen sind Lehranstalten, die — im Walde erbaut — zum Aufenthalte und Unterricht schulpflichtiger Kinder dienen. Die erste dieser Waldschulen wurde in Charlottenburg errichtet, es folgten Gütersloh i. W., Gladbach, Oberhausen und Mühlhausen.

Der Propaganda zur Errichtung weiterer Waldschulen dient das vorliegende Heft. Es bringt eine Menge Material über den Bau, Einrichtung und Betrieb, über die Bedeutung und die Erfolge wie auch über die Finanzierung der Waldschulen. Birk (Kiel).

Häberlin. *Ziele und Schwierigkeiten der sozialen Kinderfürsorge.* (Sonder-Abdr., Verlag Benno Konegen, Leipzig.)

Die Zahl der heilstättenbedürftigen Kinder ist in allen Städten eine überaus große, die Möglichkeit jedoch, alle diese Kinder in Heilstätten oder Hospize zu senden, ist sehr beschränkt. Während in einer Stadt wie Worms 8 bis 10% aller Kinder den Segen einer Erholungskur erfahren konnten, war Berlin nur imstande, 1% seiner Volksschüler auf städtische oder private Kosten aufs Land zu schicken. Das Ziel der Kinderfürsorge muß also dahingehen, immer mehr Kindern den Besuch der Erholungsstätten zu ermöglichen.

Die Hauptschwierigkeiten liegen in der Geldbeschaffung. Mit Rücksicht auf diese ist von der Neugründung weiterer Erholungsstätten vorläufig abzusehen, dagegen sind die vorhandenen möglichst für den Winterbetrieb einzurichten. Dadurch würde die Zahl der zur Verfügung stehenden Betten um mehr als das Doppelte vermehrt werden. Birk (Kiel).

Jacobi. *The best means of combating infant mortality.* (Die zweckmäßigsten Maßregeln zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.) (Americ. Journ. Med. Assoc., 8. Juni 1912.)

Neben den bekannteren Maßregeln betont Verf. die Reform des Hebammenwesens, das hier sehr im argen liegt, und das Einschärfen des Stillens, für das die hiesigen Umstände relativ günstig sind.

Wachenheim.

Schmidt. *Die gesetzliche Berufsvormundschaft über uneheliche Kinder und die Ziehkinderbestimmungen.* (Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte u. Fürsorgeerz., Bd. IV, Nr. 2.)

Verf. weist darauf hin, daß bei den Bemühungen, das Los der unehelichen Kinder zu bessern, die Mittel viel zu wenig berücksichtigt werden, welche uns durch Artikel 136 des Einführungsgesetzes des b. G.-B. in die Hand gegeben sind, der die gesetzliche Vormundschaft über alle unehelichen Kinder ermöglicht, selbst über die in der

mütterlichen Familie befindlichen. Nur einige wenige Bundesstaaten haben diese, durch das b. G.-B. geschaffene Gelegenheit für den Schutz der Unehelichen und der Haltekinder voll ausgenutzt, die anderen sind mehr oder weniger weit zurückgeblieben. Es ist wiederholt von den verschiedensten Seiten darauf aufmerksam gemacht worden, daß die Berufsvormundschaft der gewiesene Weg ist, einen wirksamen Schutz aller gefährdeten Kinder zu erreichen.

Keller.

Fremantle. *Die Abnahme der Geburtenzahl.* (Lancet. Vol. I., Nr. 16., 1911.)

Aus der interessanten Zusammenstellung von statistischen Daten und Kurven sei hier nur hervorgehoben, daß die Geburtenzahl in England und Wales während der letzten 35 Jahre um 10 pro Mille abgenommen hat. Rechnet man die Durchschnittszahl der Bevölkerung auf 30 Millionen, so gibt sich aus dieser Verminderung ein Totalverlust von zirka $5^1/_4$ Millionen Individuen.

Philippson (Frankfurt a. M.).

St. Engel. *Säuglingspflege.* (Therap. Monatsh., Mai 1912, S. 318.)

Verf. geht von der Tatsache aus, daß bei der unnatürlichen Ernährung der Säuglinge in den Säuglingsstationen die Resultate unbefriedigende sind, und anerkennt die Überlegenheit der Außenpflege gegenüber der Spitalspflege. Der psychischen Komponente legt er nur insofern Gewicht bei, als gerade die nervös veranlagten Kinder zum Gedeihen ein erhöhtes Pflegebedürfnis haben. Von großem Einflusse auf das Gedeihen des Säuglings ist die Ruhigstellung desselben, da durch Unruhe und Schreien ein vermehrter unnützer Stoffverbrauch stattfindet und umgekehrt alles, was dem Behagen und der Ruhe des Säuglings dient, seinen Ansatz fördert. Diesbezüglich sind die Verhältnisse im Krankenhause bei der Massenpflege ungünstig, sowohl bei der Fütterung als auch besonders bei der Reinhaltung der Kinder. Die konstitutionell stärkeren sind gegen pflegerische Insulte fester, ebenso die zweckmäßig genährten oder diejenigen, bei welchen beides zutrifft; deshalb das gute Gedeihen von Brustkindern selbst in ungünstigen hygienischen Verhältnissen. Es bestehen eben Gegenseitigkeitsbeziehungen zwischen Konstitution, Ernährung und Pflege. Je minderwertiger die ersteren beiden sind, desto sorgfältiger muß die letztere gehandhabt werden; je sorgsamer die Pflege ist, um so mehr werden alimentäre Insulte ausgehalten. Deshalb wird man auf Säuglingsstationen immer Ammen brauchen, um „geeignete hygienische Zustände" im Säuglingskrankenhause herbeizuführen und um solche Kinder mit Frauenmilch zu ernähren, die sonst schlecht oder gar nicht gedeihen. Bei geeignetem Betriebe und passender Ernährung ist ein Spitalismus nicht zu befürchten. Dieser Betrieb erfordert aber viel Überlegung, Mühe und Kosten, während bei der Pflege des Kindes von seiten der Mutter alles mit größter Leichtigkeit von selbst geschieht.

Zuppinger (Wien).

Besprechungen.

Feer. *Lehrbuch der Kinderheilkunde.* (Zweite Auflage, G. Fischer, Jena, 1912, M. 12·50.)

Binnen kurzer Frist die zweite Auflage! Den Ausstellungen der Kritik an der ersten Auflage ist „nach Möglichkeit" Rechnung getragen worden, d. h. sehr wenig. Immerhin hat das hervorragende Werk an Homogenität gewonnen; einzelne Abschnitte sind vorteilhaft umgearbeitet worden. Die Zahl der Abbildungen wurde erhöht. Schlechterdings unübertrefflich ist beispielsweise die farbige Reproduktion der Zahnfleischsuffusionen bei Säuglingsskorbut (Münchener Kinderklinik). Assistenten der Breslauer Kinderklinik werden eine Reihe ihnen wohlbekannter Photographien aus der Sammlung der ehemaligen Czernyschen (nicht Toblerschen, wie im Lehrbuch zu lesen ist) Klinik wiedererkennen.

Im Abschnitte über Enuresis nocturna finde ich den Passus, daß idiotische Kinder nie ihre Bedürfnisse rechtzeitig melden lernen. Das „nie" trifft keinesfalls zu. Sie sind schwerer und später zur Sauberkeit zu erziehen, aber sie sind bis auf 25 bis 30% bildungsfähig in dieser Hinsicht. Der Prozentsatz von Enuretikern unter den Idioten fällt sukzessive mit dem vorschreitenden Alter. Mit 5 Jahren fand ich 100%, mit 10 Jahren zirka 50 bis 60%, mit 15 Jahren 40 bis 30% und darüber hinaus zirka 25% Bettnässer bei einem sehr großen Material schwachsinniger Kinder. Klotz.

L. Burgerstein. *Schulhygiene.* (Dritte Auflage.)

v. Rohr. *Das Auge und die Brille.* (Aus Natur und Geisterwelt. Sammlung wissenschaft.-gemeinverst. Darstellungen.) (Verlag von B. G. Teubner, Leipzig.)

Das Burgersteinsche Buch gibt einen guten Überblick über das große Gebiet der Schulhygiene. Wer als Arzt, speziell als Schularzt, sich über das in Frage stehende Thema orientieren will, tut gut es sich anzuschaffen. Es ist auch Laien zu empfehlen. Denn die einzelnen Probleme der Schulhygiene werden in so klarer und einfacher Form behandelt, daß es wohl für jeden Gebildeten verständlich ist.

Es enthält einmal die Hygiene des Schulhauses selbst: Gestaltung der Schulzimmer, Heizung, Lüftung, Beleuchtung usw., ferner die Hygiene des Unterrichts: Überbürdungsfragen, Koedukation, Hilfsschulen u. dgl. Besondere Kapitel sind dem Unterrichte in Hygiene, den Schulkrankheiten, dem Schularztwesen und der Hygiene des Lehrerberufes gewidmet. Gute, instruktive Abbildungen sind dem Text eingefügt.

An einen viel engeren Interessentenkreis wendet sich das 2. Buch, das die Kenntnis des Brillenproblems dem allgemeinen Verständnis näher bringen will. Zu loben ist auch bei ihm die gute Ausstattung des Textes mit erläuternden Abbildungen. Birk (Kiel).

A. Wreschner. *Die Sprache der Kinder.* (Zürich, Verlag: Artist. Institut Orell-Füssli.)

Die Sprachentwicklung des Kindes ist ein Gebiet, an dem verschiedene Disziplinen — Medizin, Pädagogik, Linguistik, Psychologie — interessiert sind, nicht zum mindesten übrigens auch die Laienwelt. Es fehlt zwar nicht an Werken, die die Ergebnisse der Sprachforschung zusammenfassen und übermitteln. Aber die meisten von diesen sind zu umfangreich und behandeln das Thema in so eingehender Weise, daß dem Nicht-Spezialforscher die Lektüre bald verleidet wird. Sie setzen außerdem meist einen gewissen Grad von psychologischer Vorbildung voraus.

Diese Nachteile sind in dem kleinen Buche des Verf. glücklich vermieden. Es ist verständlich geschrieben, bringt eine Menge von Beispielen, ohne dabei weitschweifig zu sein, und interessiert vor allem von der ersten bis zur letzten Seite. Birk (Kiel).

Schittenhelm und **Weichardt.** *Der endemische Kropf mit besonderer Berücksichtigung des Vorkommens im Königreiche Bayern.* (Julius Springer, Berlin, 1912, 128 S. M. 9.—.)

Die Arbeit ist eine im wesentlichen statistisch-kritische. In kleineren Kapiteln wird Kropfhäufigkeit und geologische Formation, Kropf bei Tieren, Experimentelle Untersuchungen über Kropf, Ätiologie und Bekämpfung abgehandelt.

Die Verff. glauben, daß die genaue Erforschung der Kropfwässer schließlich doch zur Auffindung des Kropferregers führen wird. Zurzeit ist das wichtigste Mittel zur Kropfbekämpfung die Sanierung der Kropfgegenden in bezug auf einwandfreies Trinkwasser. Klotz.

Prof. Dr. Molenaar. *Impfschutz und Impfgefahren.* (Sammlung Kupferschmidt, München. 1·40 M.)

Der Verf. ist Nichtmediziner, daher in jeder Weise befähigt, über medizinische Dinge autoritativ zu urteilen.

Schade, daß der Verlag seine schöne Sammlung „Kulturdokumente" mit diesem Buche verschandelt hat. Birk (Kiel).

J. Citron. *Die Methode der Immunodiagnostik und Immunotherapie und ihre praktische Verwertung.* (II. Aufl.. Leipzig 1912, 290 Seiten, 8.00 M.)

Die zweite Auflage dieses Buches, auf das wir schon beim Erscheinen der ersten empfehlend hinwiesen, ist nicht unbedeutend erweitert. Der Anaphylaxie ist ein besonderes Kapitel gewidmet und auch die Chemotherapie der Syphilis und der malignen Geschwülste hat weitgehende Berücksichtigung erfahren. Es ist ein ausgezeichnetes und sehr brauchbares Hilfsmittel für die praktische Verwendung der Immunitätsmethode. Birk (Kiel).

M. Piorkowski. *Serodiagnostik.* (Kurze Zusammenstellung der biologischen Reaktionen nebst einem Anhang über die wichtigsten Protozoen.) (Verlag Richard Schoetz, Berlin, 1912.)

Das Buch war ursprünglich zum Leitfaden für die Kurse des Verfassers bestimmt. Es soll Ärzten, Tierärzten und Studierenden in Kürze die serodiagnostischen Methoden und Fachausdrücke über-

mitteln — eine Bestimmung, der es gewiß mit Erfolg gerecht werden wird. Birk (Kiel).

Haecker (Halle a. S.) *Allgemeine Vererbungslehre.* (Zweite, vermehrte Auflage.) (Vieweg & Sohn, Braunschweig, 1912, M. 10 bezw. 11.)

Das Werk beginnt „ab ovo" und räumt auch im Verlaufe der weiteren Ausführungen immer der Keimzellenforschung den Hauptraum ein. Über Galtonismus, „Mendeln" und andere hochaktuelle biologische Fragen findet der Leser alles wesentlich Wissenswerte.

Klotz.

H. Raydt. *Fröhlich Wandern.* (B. E. Teubner, Berlin und Leipzig, 1912.)

Der Wandervogelbewegung ist dieses Buch gewidmet — jener erfrischenden Reaktion auf die Zeit des öden Sportsmentums, der Nick-Carter-Romane, der Schülerselbstmorde und was sonst die letzten Jahre unserer Jugend an schlimmen Früchten beschert haben.

Geschrieben mit jugendlicher Begeisterung und geziert mit vielen hübschen Bildern, ist das Büchlein wohl geeignet, Interesse zu erwecken und den Wandervögeln neue Freunde zuzuführen. Für diesen guten Zweck sei ihm die weiteste Verbreitung gewünscht.

Birk (Kiel).

van Eisselsteijn (Groningen.) *Die Methoden der künstlichen Atmung und ihre Anwendung in historisch-kritischer Beleuchtung mit besonderer Berücksichtigung der Wiederbelebungsmethoden von Ertrunkenen und Erstickten.* (Verlag von Springer, Berlin, 1912.)

Wie der Titel besagt, gibt der Verf. eine kritische Darstellung der Methoden der künstlichen Atmung von den ältesten Zeiten ab bis zur Jetztzeit. Zu einem ausführlichen Referat ist hier nicht der Platz. Wir erwähnen nur, daß er als „physiologische" Methode der Wiederbelebung die Silvestersche ansieht.

Der eigentliche Wert des Buches beruht jedoch unseres Erachtens darauf, daß der Verf. — unter Beiseitelassung aller statistischen Angaben — die künstliche Wiederbelebung betrachtet unter dem Gesichtspunkte der Physiologie der Atmung und ihrer Beziehungen zum Zirkulationssystem. Birk (Kiel).

F. Dumstrey. *Die Körperpflege des Kindes.* (Leipzig, Helios-Verlag, Franz A. Wolfson.)

Vor dem Buche kann man nur warnen.

Neu ist mir die Verordnung von „einfacher Biersuppe", falls ein Säugling Kuhmilch oder Mehle nicht verträgt. Keller.

Nitzelnadel. *Therapeutisches Jahrbuch.* (XXII. Jahrg., Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1912, M. 5.—.)

Man kann sehr viel lesen und findet zu seinem Erstaunen schließlich, daß einem doch dies und jenes, und zwar oft recht Brauchbares — entgangen ist. Dieses Gefühl habe ich, wenn ich das Büchlein Nitzelnadels, das nichts beansprucht und doch

vieles bringt, durchblättere. Ich verstehe, warum das therapeutische Jahrbuch mit seiner Fülle praktischer Winke dem Praktiker ein unentbehrlicher Freund geworden ist. Klotz.

Schell und **Heissler.** *Nahrungsmitteltabelle zur Aufstellung und Berechnungen von Diätverordnungen.* (Dritte Auflage, Curt Kabitsch, Würzburg, 1912, M. 2.70.)

Eine Sammlung nützlicher Daten, in sehr praktischer Form angeordnet, so daß der Leser schnell das Gewünschte findet. Einige Zahlenangaben aus der Pädiatrie wären — weil überholt — zu revidieren.

Auf jeden Fall sei auch Kinderärzten das Heftchen zum Ankaufe empfohlen. Klotz.

Inhalt.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene. Lederer und **Vogt.** *Atmung 601.* — **Kerr.** *Abdominalbeschwerden 602.* — **Variot** und **Moraneé.** *Bruit de glou-glou 602.* — **Stowell** und **Hillard.** *Streptokokken der Milch und des Rachens 602.* — **Hess.** *Bacterium coli 602.* — **Römer.** *Heterologes Antitoxin 602.* — **Schwarz.** *Kieselsäurehaltiges Mineralwasser 603.* — **Schule. Schlesinger.** *Schüleruntersuchungen in höheren Schulen 603.* — **Otis, Cabot, Badger, Smith, Goldthwait, Fairbanks.** *Krankheiten unter Schulkindern 604.* — **Péchin** und **Ducroquet.** *Steilschrift 605.* — **Ernährung und Stoffwechsel. Plantenga.** *Rohe Milch 605.* — **Hanbridge.** *Unverdünnte Kuhmilch 605.* — **Ladd.** *Ernährung 606.* — **Levy.** *Ernährung 606.* — **Tonney** und **Pillinger.** *Vakuumflasche 606.* — **Jaschke.** *Technik der Ernährung 606.* — **Mayerhofer.** *Rumination 607.* — **Sedgwick.** *Periodisches Erbrechen 607.* — **Talbot.** *Duodenale Indigestion 607.* — **Schloß.** *Allergie 607.* — **Katzenellenbogen.** *Kochsalzfieber 608.* — **Pospjelowa-Djemkina.** *Harnproduktion 608.* — **King.** *Säuregrad des Harnes 609.* — **Nobécourt. Sevestre** und **Bidot.** *Harnstoffgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit 609.* — **Clark.** *Bacillus lactis bulgaricus 610.* — **Distaso.** *Darmfäulnis 610.* — **Samelson.** *Fettspaltung 610.* — **Hoobler.** *Bett für Stoffwechselversuche 611.* — **Klinik der Kinderkrankheiten. De Lange.** *Pädiatrische Klinik 611.* — **Moltschanoff.** *Pädiatrische Fragen 611.* — **Paget-Lapage.** *Fieber 611.* — **Tanaka.** *Anaemia splenica 612.* — **Hess.** *Icterus neonatorum 612.* — **Schloß** und **Commiskey** *612.* — **Vincent. Graham.** *Haemophilie des Neugeborenen 613.* — **Matti.** *613.* — **Seiler.** *Ausschaltung der Thymus 615.* — **Hüttenbach.** *Infantilismus 615.* — **Wieland.** *Athyreose 615.* — **Triboulet** und **de Jong.** *Achondroplasie 616.* — **Schorr.** *Chondrodystrophia adolescentium 616.* — **Fischl.** *Rachitis 616.* — **Morris.** *Prurigo 616.* — **Clanakan.** *Asthma 616.* — **Schippers. Comby.** *Pneumonie 617.* — **Howland** und **Hoobler.** *Pneumonie 617.* — **Hirschfeld.** *Polyzythaemie und Plethora 618.* — **Goeppert.** *Akute spastische Bronchitis 618.* — **Schneider.** *Bronchitis plastica 618.* — **Kissely.** *Bronchektasie 618.* — **Comby.** *Hämorrhagische Pleuritis 619.* — **Dean.** *Pneumokokken-Endokarditis 619.* — **Barling.** *Pneumokokken-Peritonitis 619.* — **Imerwol.** *Perihardítis 610.* — **Dynkin.** *Herzfehler 619.* — **Hecht.** *Postdiphtherische Schwäche 620.* — **Friberger.** *Arythmie 620.* — **Déléarde** und **Repellin.** *Anasarka 621.* — **Maillet.** *621.* — **Ssokolow.** *Drüsenerkrankungen 622.* — **de Lange.** *Pseudoaszites 622.* — **Paunz.** *622.* — **Abrand.** *Laryngo-*

skopie 623. — **Guisez.** *Bronchoskopie 623.* — **Jourdanet.** *Livedo annularis 623.* — **Comby. Hallé** und **Dorlencourt.** *Bromausschlag 623.* — **Riehl.** *Mikrosporie 623.* — **Heimann.** *Schielen 624.* — **Rendall** und **Burton.** *Bettisolierung 624.* — **Braun** und **Husler.** *Lumbalpunktate 624.* — **Churchill** *624.* — **Welde. Neoggerath. Rach** *625.* — **Vas. Barbier** und **Gassier** *626.* — **Koplik. Körber. Kossel. Kurashige. Mayeyama** und **Yamaka. Duschinoff** *627.* — **Blum. Hollmann. Ter-Markosoff** *628.* — **Stocker. Rollier. Lunin** *629.* — **v. Czarnowski. Hotz.** *Tuberkulose 630.* — **Schick. Kirch** *630.* — **Berg. Nicoll** und **Williams. Nicoll. Gonget. Weill** und **Dufour.** *Scharlach 632.* — **Sowade** *632.* — **Hahn. Blühdorn. Dworetzky. Ljaschenko.** *Diphtherie 638.* — **Jaffé. Marmann. Brückner.** *Typhus 634.* — **Gossaye.** *Rheumatismus 634.* — **Inaba. Sierra.** *Keuchhusten 635.* — **Toyoda** *635.* — **Toyoda** und **Yasuda.** *Lungenpest 636.* — **Hertz.** *Echinokokkus 636.* — **Massloff.** *Hundstollwut 636.* — **Schwenk.** *Variola 636.* — *Maul-* und *Klauenseuche 687.* — **Hartje.** *Meningitis basalis 637.* — **Stamm** *637.* — **Raube.** *Krämpfe 638.* — **Variot** und **Bonniot.** *Fazialisparalyse 638.* — **Buffet-Delmas.** *Nervöse Anorexie 638.* — **Friedjung.** *Onanie 638.* — **Schröck.** *Kongenitale Wortblindheit 638.* — **Brand.** *Reflexreizung des Vaguszentrums 639.* — **Finkbeiner.** *Kretinenfrage 639.* — **Bruch.** *Mongolenfleck 640.* — **Smirnoff.** *Zephalohydrozele 640.* — **Shukowsky** und **Baron.** *Atresie des Ösophagus 640.* — **Sella.** *Kongenitale Atresie des Darmes 640.* — **Firth.** *Fehlen der Patella 640.* — **Richardière** und **Huber.** *Herzfehler 640.* — **von Lier.** *Lumbalpunktion 641.* — **Lallement.** *Tracheotomie 641.* — **Abrand.** *Fremdkörper in den Luftwegen 641.* — **Webb.** *Dickdarmerkrankungen 641.* — **Gamrat-Kurek.** *Paraphimose 642.* — **Lediard.** *Teratom 642.* — **Dulitzky.** *Dünndarmsarkom 642.* — **Kindt.** *Retroperitoneales Sarkom 642.* — **Stadler.** *Geschwülste der Harnblasenschleimhaut 642.* — **Shukowsky** und **Ssinjoff.** *Polyzystische Degeneration der Nieren 642.* — **Alexander.** *Beckensarkom 642.* — **Zappert.** *Mastitis adolescentium 642.* — **Jaenicke.** *Turmschädel 643.* — **Fraenkel.** *Dysbasia lordotica 643.* — **Schmidt.** *Skoliose 643.* — **Fürsorge, Krankenhäuser, Heilstätten.** — **Pfaundler.** *Hungernde Kinder 643.* — **Hess.** *Winterkuren in Kinderheilstätten 645.* — **Haeberlin.** *Meeresheilkunde 645.* — **Hirtz.** *Waldschulen 646.* — **Haeberlin.** *Soziale Fürsorge 646.* — **Jacobi.** *Säuglingsfürsorge 646.* — **Schmidt.** *Berufsvormundschaft 646.* — **Fremantle.** *Geburtenhäufigkeit 647.* — **Engel.** *Säuglingspflege 647.* — **Besprechungen.** *Lehrbuch der Kinderheilkunde. 648.* — **Burgerstein.** *Schulhygiene v. Rohr. Auge und Brille 648.* — **Wreschner.** *Sprache der Kinder 648.* — **Schittenhelm** und **Weichardt.** *Der endemische Kropf 649.* — **Molenaar.** *Impfschutz und Impfgefahren 649.* — **Citron.** *Immunodiagnostik und Immunotherapie 649.* — **Piorkowski.** *Serodiagnostik 649.* — **Haecker.** *Allgemeine Vererbungslehre 650.* — **Raydt.** *Fröhlich Wandern 650.* — **van Eisselsteijn.** *Methoden der künstlichen Atmung 650.* — **Dumstrey.** *Körperpflege 650.* — **Nitzelnadel.** *Therapeutisches Jahrbuch 650.* — **Schell** und **Heissler.** *Nahrungsmitteltabelle 651.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Straßburg | **Göppert** Göttingen | **Knöpfelmacher** Wien | **Moro** Heidelberg | **Thiemich** Magdeburg | **Tobler** Breslau

Berend Budapest | **Comba** Florenz | **Johannessen** Kristiania | **Koplik** New-York | **Marfan** Paris | **Thomson** Edinburg | **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XI. **Referate.** Nr. 10.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

Hoobler. *Standardization of blood-pressure readings by means of an automatic device for reading systolic and diastolic pressures in children.* (Automatische Vorrichtung zur Ablesung des systolischen und diastolischen Blutdruckes.) (Americ. Journ. Dis. Children, Juli 1912.) Wachenheim (New York).

P. Tachau (Zürich). *Über die praktische Bedeutung einer gleichmäßig tiefen rektalen Temperaturmessung beim Kinde.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 39.)

Je nachdem das Thermometer tief oder oberflächlich in das Rectum eingeführt wurde, differierten die Messungen zwischen 0·1 bis 1·7°, im Mittel um 0·5. Dabei geht in der Regel die Kurve der oberflächlichen Temperatur keineswegs derjenigen tiefer Messung parallel. Die Annahme, daß bei Säuglingen die Differenz zwischen oberflächlicher und tiefer Messung vielleicht größer sein könne als bei erwachsenen Kindern, weil Säuglinge wegen der relativ größeren Körperoberfläche in bezug auf Körperwärme auch mehr von äußeren Faktoren abhängen, bewahrheitete sich nicht. Während fieberhafter Erkrankungen verkleinert sich im allgemeinen die Differenz und steigt nach dem Fieberabfall wieder.

Vergleichende Messungen zeigten, daß die Temperatur der Achselhöhle im großen und ganzen der oberflächlichen Rektumtemperatur entspricht.

Das Ergebnis der Tachauschen Arbeit ist also, die Analtemperatur als relative Größe zu betrachten und die Täuschung, der

man durch oberflächliche Messung zum Opfer fallen kann, dadurch zu vermeiden, daß bei der rektalen Messung das Thermometer möglichst tief und stets gleichmäßig tief eingeführt wird. Klotz.

Felix Deutsch. *Funktionelle Nierenprüfung mittels Phenolsulfonpthalein.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 32, S. 1217.)

Untersuchungen mittels der von Rowntree und Abel angegebenen Methode, welche im wesentlichen in folgender Weise ausgeführt wird: Injektion einer Phenolsulfonpthaleinlösung; Entleerung des Harnes in $^1/_2$- bis 1stündigen Intervallen spontan oder mittels Katheter (zwecks Untersuchung jeder einzelnen Niere Uretherenkatheterismus); Prüfung der Harne auf ihren Phthaleingehalt durch Alkalizusatz und Kolorimeter. In normalen Fällen ergibt der ausgeschiedene Farbstoff innerhalb der ersten halben Stunde meßbare Werte; der Höhepunkt der Ausscheidung wird mit dem Ende der ersten Stunde erreicht; die Ausscheidung erreicht in meßbaren Zahlen ihr Ende nach 2 Stunden; nach dieser Zeit sind mindestens 50% sezerniert. Ist auch nur eine dieser Forderungen nicht erfüllt, so liegen pathologische Verhältnisse vor. Die Methode gestattet, Nierenschädigungen verschiedenster Art zu erkennen.

Reuß (Wien).

Wegelius. *Untersuchungen über die Antikörperübertragungen von Mutter auf Kind.* (Arch. f. Gyn., Bd. XCIV.)

Wegelius stellte sich die Frage, ob bei aktiver Immunisierung des Muttertieres während der Gravidität nur eine Übertragung der im Organismus der Mutter gebildeten Antikörper oder auch eine Produktion von Antikörpern im fötalen Organismus erfolge. Seine Versuche an Ziegen und Kaninchen lehrten ihn, daß die Immunität der Jungen immer einen passiven Charakter hat. Das Resultat war dasselbe, ob er die Muttertiere vor der Gravidität aktiv oder während der Gravidität aktiv und passiv immunisierte. In jedem Falle trat bei den Jungen eine fortgesetzte Verminderung des ursprünglichen Antikörpervorrates ein. Die auffallende Erscheinung, daß die Zicklein bei der Geburt meist einen höheren Antikörpertiter besaßen als das Muttertier, sucht Wegelius mit einer elektiven Kraft der Plazenta zu erklären. Eine Übertragung von Antikörpern durch die Milch ließ sich nicht nachweisen. Hohlfeld (Leipzig).

Zade. *Über die Antikörper der Hornhaut.* (v. Gräfes Arch. f. Ophthalm., Bd. LXXXII, H. 2.)

Staphylokokken und Pneumokokkenopsonine sind in der normalen Hornhaut in geringer Menge, durch Immunisieren werden sie unwesentlich, wohl aber durch mechanische Reize vermehrt. Komplement ist in geringer Menge vorhanden. Präzipitine, Agglutinine, Hämolysine, Antitoxine, vielleicht auch Bakteriolysine treten in der Hornhaut desgleichen auf. Reiz vermehrt sie ebenfalls.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Th. Gött und **J. Rosenthal** (München). *Über ein Verfahren zur Darstellung der Herzbewegung mittels Röntgenstrahlen (Röntgenkymographie).* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 38.)

Mittels eines sinnreichen und doch relativ einfachen Verfahrens werden auf Platten oder Films die Herzbewegungen (Ventrikel, Vorhöfe, große Gefäße, je nach Einstellung des Schlitzes) in Kurvenform aufgezeichnet, also die pulsatorischen Exkursionen des Organs selbst, nicht wie bei unseren anderen Methoden die Effekte dieser Bewegungen. Klotz.

Philipp Fischer (Nürnberg). *Über Verordnung von Wasserstoffsuperoxydlösungen.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 20.)

Da der Praktiker nicht selten in die Lage kommt, Wasserstoffsuperoxydlösungen verordnen zu müssen, so haben die folgenden Winke vielleicht für ihn Wert.

Das Hydrogen. peroxyd. der Pharmakopöe enthält 3 Gewichtsteile H_2O_2 auf 100 Wasser und ist nicht säurefrei. Das Mercksche Perhydrol ist säurefrei und enthält 30 Gewichtsteile H_2O_2 auf 100 Wasser.

Eine 1%ige Wasserstoffsuperoxydlösung ist also so zu verordnen: Sol. Hydrogen. peroxyd. (1 Gewichtsprozent H_2O_2). (Bereitet wird diese Lösung demgemäß aus 33 g des Hydrogen. peroxydat. medic. oder 3·3 g Perhydrol auf 100 Wasser.)

Eine 3%ige Wasserstoffsuperoxydlösung würde der fertigen des Arzneibuches entsprechen. Alle Lösungen über 3% hinaus müssen mit Perhydrol gemacht werden. Also eine 10%ige Lösung: Sol. Hydrogen. peroxyd. (10 Gewichtsprozent H_2O_2) oder direkt: Perhydrol 33·0, Aqua dest. ad 100·0. Klotz.

Chambers und **Russ.** *Bakterizide Wirkung der Radium-Emanation.* (Proc. Roy. Soc., 1912, Vol. V.)

Radiumemanation 0·5 bis 0·6 Milli-Curie, α- und β-Strahlen wenig, γ-Strahlen gar nicht, töten Pyozyaneus in 1, Milzbrand in 3, Staphylococcus, Coli in 4 bis 5 Stunden. Milzbrandsporen werden nicht beeinflußt. Opsonine, Leukozyten usw. werden in 4 beziehungsweise 8 Stunden zu zirka 50% getötet.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Schivorsti und **Reim.** *Die praktische Verwendung der Säureagglut. der Bakterien nach Leonor Michaelis.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 24.)

Anwendung der Methode aus Stühlen. Verff. hatten positive Agglutination bei Patienten ohne kulturellen Nachweis von Typhusbazillen. In klinisch differentialdiagnostischen Fällen von Miliartuberkulose und Urämie trat keine Agglutination ein. Verff. empfehlen die Methode als Ergänzung der bisher gebräuchlichen.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Schule.

L. Haškovec. *Hygienische Schulaufsicht.* (Neuropathologen als Schulärzte.) (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 36, S. 1355.)

Da die Zahl der Nerven- und Geisteskrankheiten unter der Schuljugend im Zunehmen begriffen ist, darf der Schularzt seine Tätigkeit nicht bloß auf Hygiene, Prophylaxe und Diagnose körperlicher Krankheiten beschränken, sondern soll auch Neurologe, Psychiater und Psychologe sein. Haškovec fordert die Anstellung von Neuropathologen als Schulärzte. Er teilt ein Schema für einen Gesundheitsausweis mit, wie er in den Anstalten der böhmischen Landeskommission für Kinderschutz und Jugendfürsorge im Königreich Böhmen in Verwendung ist; derselbe enthält folgende Abschnitte: I. Generalien und vorläufige Angaben; II. physischer Zustand; III. Zustand des Nervensystems; IV. psychischer Zustand.

Reuß (Wien).

Netter. *Rapport sur les mesures à prendre pour renseigner sans retard les directeurs et les médecins-inpecteurs des écoles sur les maladies contagieuses relevées chez leurs élèves ou chez les frères et les soeurs de leurs élèves.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 295.) R. Weigert.

Nageotte-Wilbouchewitch (Paris). *A propos du nouveau réglement d'hygiène publique concernant les maladies contagieuses. La lutte contre les maladies bénignes.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 173.)

Diskussion über die Zweckmäßigkeit der Meldepflicht und der Isolierung der gesunden schulpflichtigen Kinder, speziell bei Masern.

R. Weigert.

Ernährung und Stoffwechsel.

Aschner und **Grigoriu.** *Plazenta, Fötus und Keimdrüse in ihrer Wirkung auf die Milchsekretion.* (Arch. f. Gyn., Bd. XCIV.)

Den Verff. gelang es durch subkutane Injektion von menschlichen Plazentarbrei — wässerige Extrakte führen langsamer zum Ziele — bei Meerschweinchen, die noch keine Laktation durchgemacht hatten, reichliche Milchsekretion und Zunahme der Milchdrüsensubstanz hervorzurufen. Denselben Effekt hatte Fötalbrei und sein wässeriger Extrakt. Während aber bei Tieren, die schon eine Laktation durchgemacht hatten, jedes Lymphagogum (verwendet werden u. a. Nukleinsäure und Pepton) genügte, um wieder Milch auftreten zu lassen, war das hier nicht der Fall, es kam ebenso wie bei der Verwendung alkoholischer oder durch Auskochen gewonnener Plazentarextrakte nur zur Absonderung eines wässerigen

Sekretes und Hyperämie der Milchdrüsen. Plazenta und Fötus haben also einen spezifischen Einfluß auf die Milchsekretion und das wirksame Agens wird durch Alkohol und Hitze zerstört. In geringerem Grade kommt dieser Einfluß auch frisch bereiteten Ovarialextrakten zu, doch scheint die Anwesenheit des Ovariums für die Erzeugung der Milchsekretion nicht unbedingt nötig zu sein, da es gelang, bei neugeborenen bis 3 Wochen alten Männchen durch Plazentarbrei ausgesprochene Milchsekretion zu erzeugen.

Hohlfeld (Leipzig).

Schröppe. *Die stillende Mutter.* (St. Petersburger med. Zeitschr., 1912, N. 11, S. 165.)

Der Aufsatz enthält nichts wesentlich Neues, aber viele beherzigenswerte Regeln, deren Lektüre dem praktischen Arzt empfohlen werden kann. Reuß (Wien).

Sauermann. *Zur Physiologie der Milchsekretion und der Ernährung der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen.* (Med. Klin., 1912, Nr. 7.)

Mitteilung eines ungenau beobachteten Falles, in dem die Milchsekretion der Mutter sehr langsam, aber sicher stieg. Steinitz.

Eicher. *Zur Prophylaxe und Therapie der akuten puerperalen Mastitis.* (Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XVII, H. 2.)

Reinlichkeit ist in erster Linie nötig. Die Brust braucht aber nicht mit Alkohol und Tanninlösung behandelt zu werden, es genügt die tägliche Waschung mit Wasser und Seife. Zu verhüten suchen muß man das Wundwerden der Warzen. Am besten wäre die prinzipielle Anwendung des Warzenhütchens. Verf. bezweifelt aber, daß die Mütter es nach der Entlassung gebrauchen würden (leider tun sie es manchmal doch, Ref.), stieß es doch schon auf Widerstand, wenn das Hütchen bei Schrunden angeordnet wurde. Gutes wirkt in der Baseler Frauenklinik ein 4%iger Borprießnitz, der Tag und Nacht liegen bleibt und nach jedem Anlegen erneuert wird. Die Mastitismorbidität war dabei wesentlich geringer als bei der Behandlung mit 5% Karbol- oder Jodglyzerin. Bei Schrunden wird das Hütchen angewendet und 5% Karbolglyzerin, das bakterizid und schmerzlindernd wirkt. Bei der geringsten Blutung wird das Stillen bis zur Ausheilung der Wunde ausgesetzt. Dies geschieht bei der Mastitis sofort und genügt neben Suspensorium und Eisblase, um den Prozeß in der großen Mehrzahl der Fälle zu kupieren. Nach Ablauf der Entzündung konnte jedesmal mit dem Stillgeschäfte wieder begonnen werden, ohne daß die Drüse eine nennenswerte Einbuße ihrer Leistungsfähigkeit erlitten hätte. Ist es zur Eiterung gekommen, so wird frühzeitig eine Stichinzision gemacht und trocken mit Xeroformgaze tamponiert. Die Stauungstherapie kann nicht empfohlen werden. Hohlfeld (Leipzig).

M. Calvary (Hamburg). *Der Nährwert des Milchzuckers.* (A. d. Kinderklinik [Prof. Pirquet] u. d. städt. Säuglingsheim in Breslau.) (Zeitschr. f. Kinderheik., Bd. IV, H. 5, S. 442.)

„Der Milchzucker ist bezüglich des Gewichtsansatzes als Zusatz zur Säuglingsnahrung den anderen gebräuchlichen Zuckern völlig gleichwertig bei Kindern, die gebundene, alkalische Fäulnisstühle entleeren."

Der Verfasser gibt die Gewichtskurven und Krankengeschichten von neun, mit verschiedenen Nahrungsgemischen (Eiweißmilch, Milch mit Haferschleim, Buttermilch) ernährten Kindern wieder, aus denen ersichtlich ist, daß das Weglassen und Hinzufügen von Milchzucker zur Nahrungsportion in der Tat nicht gleichgültig für den Anstieg der Gewichtskurve ist.

Bemerkenswert ist jedoch die Einschränkung, die er sich selber macht, indem er hinzufügt: bei Kindern, die gebundene, alkalische Fäulnisstühle entleeren. — Er schreibt ferner: „Treten Gärungsstühle auf, so führt ein Milchzuckerzusatz eher zu einer Abflachung, eventuell zu einem Stehenbleiben der Gewichtskurve. Vorbedingung für den Zusatz von Milchzucker zur Säuglingsnahrung ist also die Abwesenheit einer stärkeren Darmgärung. Der Milchzucker kann mit Erfolg nur zu einem Nährgemisch hinzugefügt werden, das nicht ohnehin zu starker Gärung im Darm führt. Es darf ferner nur solchen Kindern gegeben werden, die Fäulnisstühle vom Charakter der Seifenstühle entleeren."

In dieser Einschränkung des Indikationsgebietes des Milchzuckers ist unseres Erachtens das eigentliche und wichtigste Ergebnis der Arbeit zu erblicken: daß nämlich der Milchzucker doch nicht in allen Fällen den übrigen Zuckern ebenbürtig ist. Man sieht daraus, daß der Verf. sich gar nicht so weit von der Auffassung Weigerts entfernt, der bekanntlich dem Milchzucker ebenfalls nur einen bedingten Wert zuerkannte. (Im übrigen lassen sich die Versuche Weigerts wohl nicht gut mit denen des Verf. in Parallele stellen, da Weigert den Milchzucker als einziges Kohlehydrat hinzugab, während Calvary ihn stets als zweites, neben Haferschleim oder dgl. verabfolgte.)

Ob die obige Behauptung des Verf. — daß Milchzucker da indiziert sei, wo Kinder gebundene alkalische Fäulnisstühle entleeren — in dieser Form Zustimmung finden wird, dürfte zweifelhaft sein. Denn seine Beobachtungen beziehen sich auf Kinder, die trotz der Seifenstühle gediehen. Wie aber ist es bei Kindern, die auch Seifenstühle entleeren, aber dabei nicht gedeihen, z. B. bei Kindern mit Milchnährschaden? Birk.

Brady. *Use of polycarbohydrates in the diet of the young infant.* (Verwendung der Polykohlehydrate in der Diät junger Säuglinge.) (Americ. Journ. Dis. Children, August 1912.)

Verf. liefert weitere Beweise der Überlegenheit der Maltose und des Dextrins, sogar des Rohrzuckers, über den noch allgemein verwendeten Milchzucker; auch der Wert des Gerstenschleims wird

betont. Die Gefahr der eventuellen Ausbildung von Rachitis bei längerer Anwendung der erwähnten Diät ist gering.

Wachenheim (New York).

Haas. *The administration of bichlorid of mercury to the nother, for its effect upon the digestive function of the nursling.* (Die Beeinflussung der Verdauung des Säuglings durch Darreichung von Sublimat zur Mutter.) (Arch. of Ped., Juli 1912.)

Durch Verabreichung von 2 mg Sublimat dreimal täglich an die Mutter erzielte Verf. bei Verdauungsstörungen der Säuglinge ziemlich allgemeine Besserung, auf die Mütter selbst war der Einfluß des Medikamentes tonisierend und namentlich die Milchsekretion befördernd. (?? Die Redaktion.) Für die Behandlung der kongenitalen Lues ist die Methode sehr unzulänglich und nicht zu empfehlen.

Wachenheim (New York).

Dennett. *Some common errors in diet after the first year.* (Diätfehler nach dem ersten Lebensjahr.) (Arch. of Ped., Juli 1912.)

Unter diesen Fehlern erwähnt Verf. erstens zu häufige Mahlzeiten; die meisten Autoren raten 5, während 3 im allgemeinen besser vertragen werden. Zweitens werden Gemüse nicht früh genug gegeben; drittens wird der Appetit mit exzessiven Mengen von Milch verdorben, 1 l soll das äußerste Maß bilden. Dann werden die Kinder zu sehr mit Zerealien gestopft, wogegen gewöhnliches Brot nicht genügend gewürdigt wird; Eier sollen früh gegeben werden und nach 18 Monaten Fleisch einmal täglich. Die kleinen Mägen werden mit Suppen zu stark gefüllt, auch werden im allgemeinen zu viele Süßigkeiten dargereicht; der Zucker soll eingeschränkt werden. Verf. weicht von den meisten Autoren ab, indem er rohes Obst dem gekochten vorzieht. Wachenheim (New-York).

Abt. *History of the classification of gastro-intestinal diseases in ancient and modern times.* (Geschichte der Klassifizierung der Magendarmerkrankungen in alter und neuer Zeit.) (Americ. Journ. Dis. Children, August 1912.) Wachenheim (New York).

Veeder, Kilduffe and **Denny.** *Studies in the bacteriology of the acute intestinal diseases of infancy.* (Die Bakteriologie der akuten Darmerkrankungen der Säuglinge.) (Americ. Journ. Dis. Children, August 1912.)

Dysenteriebazillen sind bloß von Bedeutung, wenn sie vorherrschen, dies kommt nur bei schweren Ileokolitisfällen vor, dann findet man post mortem typische dysenterische Veränderungen. Bei vier Fünfteln der Dysenteriefälle findet man vorwiegend andere Keime, meist Streptokokken, diese Fälle unterscheiden sich klinisch in keiner Weise von denen mit Dysenteriebazillen.

Wachenheim (New York).

Schreiber et **Dorlencourt.** *Recherches expérimentales sur l'influence de la chaleur chez les jeunes chiens.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 299.)

Junge Hunde, die hohen Temperaturen ausgesetzt werden, erkranken um so eher, je höher die Temperaturen sind; dabei macht es keinen Unterschied, ob die Tiere künstlich oder natürlich ernährt sind. Die Feuchtigkeit der Luft vermindert die Widerstandskraft der Tiere. Bei Temperaturen von 50° C kam es zu plötzlichem, tödlichem Hitzschlag; bei Temperaturen von 30 bis 37° C stellte sich Fieber, Dyspnoe, Unruhe, Abmagerung ein. Verdauungsstörungen, Erbrechen, dünne Stühle traten nur vereinzelt und kurz vor dem Tode der Tiere ein. Gegen den Hitzschlag erwiesen sich kühle Bäder als wirksames Therapeutikum. R. Weigert.

Léon Tixier et **Roederer.** *Déformation ostéomalacique du squelette chez un garçon de 9 ans.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 269.)

Die Verf. nehmen an, daß vielleicht eine Störung der Funktion der Niebennieren die Ursache der Erkrankung sei; sie vermuten das aus der ungewöhnlichen Pigmentation einiger Hautpartien und dem niedrigen Blutdruck, der sich bei dem Kinde fand. Sie wollen daher eine Adrenalintherapie einleiten, nachdem bisher alle therapeutischen Maßnahmen, insbesondere die Verabreichung von Phosphor, vergeblich waren. R. Weigert.

F. v. Soxhlet (München). *Über den Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 28.)

Soxhlet ist der Ansicht, daß das im Neugeborenenorganismus — speziell Leber und Milz — aufgestapelte Eisen nicht zur Hämoglobinbildung tauglich ist, es stellt vielmehr abgebautes Hämoglobineisen des Fötalstoffwechsels dar und ist zur Ausscheidung durch den Darm bestimmt. Er glaubt, daß „richtig ausgeführte" Eisenstoffwechselversuche viel häufiger, als man jetzt annimmt, eine negative Bilanz ergeben werden. Wenn bisher das Gegenteil gefunden wurde, so liegt das an unzureichender Methodik der Eisenbestimmungen. Das Anämischwerden älterer Brustkinder beruhe nicht so sehr auf Erschöpfung des Eisendepots als vielmehr auf dem mit Vorschreiten der Saugperiode sukzessive abfallenden Eisengehalt der Frauenmilch. Die Kuhmilch enthält im Durchschnitte nur ein Drittel des Eisengehaltes der Frauenmilch, häufig nur ein Fünftel. Hier ist die Frage eines Eisenhungers nicht von der Hand zu weisen. Eine Eisenanreicherung der Kuh- beziehungsweise Ziegenmilch durch Fütterung der Tiere mit eisenreicher Nahrung, Hämoglobin usw. ist nicht realisierbar. Man muß daher der Milch vor der Verabreichung an den Säugling eine geeignete Eisenverbindung zusetzen. Da vermutlich die Hauptmenge des Milcheisens als Eisenseife konstituiert ist, so setzt man vielleicht am zweckmäßigsten eine Lösung von ölsaurem Eisenoxyd, in Öl gelöst, der Milch zu. Soxhlet polemisiert ferner gegen die üblichen Laboratoriumsmethoden der Eisen-

bestimmung. Es ist nur merkwürdig, daß die Soxhletschen Eisenwerte für Frauenmilch und Kuhmilch die gleichen sind wie die von Bahrdt, Langstein u. a. mit „unzureichender" Methodik früher bereits publizierten Zahlen. Klotz.

L. Langstein und **F. Edelstein** (Berlin). *Über den Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 31.)

Angriffe (beziehungsweise Kritiken) Soxhlets werden zurückgewiesen. Klotz.

B. Bendix. *Zur Symptomatologie und Ätiologie der Barlowschen Krankheit.* (Med. Klin., Nr. 20.)

Mitteilung eines Falles von Barlow, der durch hochgradige Blässe der Hautdecken, subperiostale Blutungen und Schwellungen an den Röhren- und Gesichtsknochen, Blutungen in Zahnfleisch und Auge und durch Nasen-, Nieren- und Darmblutungen ausgezeichnet war. Bemerkenswert in ätiologischer Beziehung ist eine vor Ausbruch der Krankheit monatelang fortgesetzte Ernährung des Kindes mit Kufekemehl ohne Milch. Als eine Ernährung mit roher Milch und Obstsäften eingeleitet wurde, schwanden die Symptome der Barlowschen Krankheit rasch, um bei 6tägiger Wiederholung der Mehlernährung vorübergehend wieder aufzutreten. Steinitz.

K. Feŕi. *Zur Technik der Diazoreaktion.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 24, S. 919.)

Verf. empfiehlt folgende einfache und nach seinen Erfahrungen zuverlässige Modifikation der Diazoreaktion: Der Harn wird mit Natron- oder Kalilauge bis zur leichten Trübung versetzt und sodann eine frischbereitete Lösung von Azophorrot P.N. in Wasser zugesetzt. Bei positiver Reaktion nimmt der Harn eine leuchtend rote bis kirschrote Farbe an; roter Schüttelschaum. Reuß (Wien).

Klinik der Kinderkrankheiten.

Nicolò Pende. *Klinischer Begriff und Pathogenese der Infantilismen.* (A. d. Institute f. spez. Pathol. Univ. zu Palermo). (Deutsches Arch. f. klin. Med., CV, 1012, S. 179).

Lasègue bezeichnete mit Infantilismus alle jene Fälle, in denen wir irgend ein somatisches oder psychisches Attribut der Kindheit in einem Alter, welches nicht mehr das der Kindheit ist, fortbestehen sehen. Diese Einfachheit des klinischen Begriffes hat sich jedoch mit der Zeit stark kompliziert. Vielfach werden unter dem Namen Infantilismus alle Formen von Entwicklungshemmung oder

Entwicklungsverspätung zusammengefaßt, in denen der Patient somatische und psychische Charaktere aufweist, die einer jüngeren Altersstufe als seinem wirklichen Alter entsprechen. Im Gegensatze dazu betrachten die französischen Autoren als echten Infantilismus nur den, bei dem die Morphologie des Kindes erhalten ist, und bezeichnen als falsche Infantile Erwachsene von kleinem Körperbau, aber wohl differenzierten Formen. Insoweit gibt Pende Brissaud und seinen Anhängern recht, dagegen bestreitet er deren weitergehende Lehre, daß beide Typen vom pathogenetischen Standpunkte aus streng zu trennen sind, insofern die echten Infantilen stets eine Insuffizienz der Thyreoidea oder Dysthyreoidismus aufweisen, die falschen jedoch nicht. Auch besteht nach Pendes Ansicht kaum ein einziger Fall von vollständig reinem Infantilismus im Sinne Brissauds, bei dem nur der Schilddrüse allein eine pathogenetische Rolle zugeschrieben werden könne. Pende sucht zu beweisen, daß vom pathogenetischen Standpunkt aus zwischen dem Hyperevolutismus, der augenscheinlich nur die bloßen Körpermaße betrifft (sogenannter reiner Nanismus), jenem, der sich vorzüglich auf die Formen bezieht (Typus Brissaud) und jenem, in welchem der Hyperevolutismus vorzugsweise die Masse und weniger die Formen betrifft (Typus Lorain), keine unüberwindliche Schranke besteht.

Auch wendet sich Pende gegen die mißbräuchliche Anwendung des Begriffs der sogenannten monosymptomatischen Infantilismen. Im Gegensatze zu den Autoren, die von einem Infantilismus des Thorax, der Aorta, des Herzens, der Genitalien sprechen, steht Pende auf dem Standpunkte, daß der Infantilismus stets der Ausdruck einer Allgemeinerkrankung ist, die wahrscheinlich auf ungenügende Funktion eines die organische Entwicklung regulierenden Systems (endokrinen Drüsensystems) zurückzuführen ist, während hingegen jene monosymptomatischen Infantilismen nichts anderes sind, als eine isolierte Dystrophie oder Hyperplasie eines Organs.

Unrichtig ist nach Pende die Anschauung, daß Infantilismus nur auf Veränderungen der Schilddrüsenfunktion zurückzuführen sei. Unbedingt kommen daneben Veränderungen der Geschlechtsdrüsen und der Hypophyse in Betracht. Dagegen fehlt der anatomische Nachweis der Beteiligung anderer Drüsen mit innerer Sekretion. Aber manches spricht auch für den Zusammenhang zwischen Infantilismus und Lymphdrüsen und ferner für die pathogenetische Rolle der Zirbeldrüse. Damit stimmen auch die Ergebnisse der experimentellen Forschung überein, die sich dahin zusammenfassen lassen, daß man die schwersten und am meisten beweisenden Formen von experimentellem Infantilismus mittels Zerstörung der Schilddrüse, der Geschlechtsdrüsen und der Hypophyse in einem sehr jugendlichen Alter erzielt, während die Veränderungen der anderen Drüsen sowohl anatomopathologisch wie experimentell in zweite Linie treten.

Unter den Ursachen des Infantilismus wird den Intoxikationen und Toxinfektionen, die entweder in der Empfängnisperiode oder während des intrauterinen Lebens oder unmittelbar nach der Geburt

einwirken, die größte Bedeutung zugeschrieben. Am meisten angeschuldigt werden die luetische und die Tuberkuloseinfektion, wie ja auch die ersten Fälle von Infantilismus bei Nachkommen tuberkulöser Individuen beschrieben wurden. Pende hat die Gesamtheit der Drüsen mit innerer Sekretion bei 4 Neugeborenen systematisch untersucht; zwei derselben waren Heredotuberkulöse, zwei Heredosyphilitiker. Bei letzteren, welche makroskopische allgemeine Hypoplasie, Pemphigus plantaris und palmaris, Leber- und Milztumor aufwiesen und tot geboren waren, fand er in sämtlichen Drüsen mit innerer Sekretion Veränderungen, die in reichlicher, kleinzelliger Infiltration sowie in Atrophie des Drüsenparenchyms bestanden. Abweichend dagegen waren die Befunde bei den beiden heredotuberkulösen Föten aus dem 6. respektive 7. Schwangerschaftsmonat, deren Mütter rapid an Lungentuberkulose zugrunde gegangen waren. Bei diesen beiden heredotuberkulösen Föten fanden sich nicht nur keine Anzeichen einer Funktionsverminderung der Drüsen mit innerer Sekretion, sondern im Gegenteil z. B. in der Schilddrüse und in der Hypophyse Anzeichen einer Funktionssteigerung respektive Funktionsverfrühung der Drüsen.

Aus der verschiedenartigen Wirkung der elterlichen Krankheiten auf die verschiedenen Drüsen mit innerer Sekretion der Nachkommen erklärt sich Pende die verschiedenen Formen, in welchen der Infantilismus auftreten kann.

Zum Schlusse teilt Pende die genauen Krankengeschichten zweier Fälle von Infantilismus mit (17 Jahre und $19^1/_2$ Jahre), bei denen nach dem Vorgehen von Viola genaue anthropometrische Messungen ausgeführt wurden. In dem einen Fall handelte es sich um einen sogenannten Typus Brissaud (Nanismus mit allgemeiner äußerer Morphologie des Kindes); im zweiten um einen Typus Lorain (Physiognomie eines kleinen Erwachsenen oder besser Greises mit Skelettproportionen eines Erwachsenen). In beiden Fällen gelang jedoch gerade durch die anthropometrische Messung der Nachweis von besonderen Eigentümlichkeiten. Keller (Berlin).

Bruno Wolff. *Zur Kenntnis der Entwicklungsanomalien bei Infantilismus und bei vorzeitiger Geschlechtsreife.* (Arch. f. Gyn., Bd. XCIV.)

Wolff beobachtete vier weibliche Individuen im Alter von 19 bis zu 45 Jahren, bei denen die Pubertätsentwicklung ganz oder fast ganz ausgeblieben und die sonst normalen Genitalien infantil geblieben waren. Er zählt sie dem Typus der Eunuchoiden zu, wie ihn Tandler und Groß beschrieben haben, im speziellen der eunuchoiden Disproportion, da die Extremitäten im Vergleiche zum Rumpfe auffallend lang waren. Doch sieht er in dieser Disproportion keinen wesentlichen Unterschied gegenüber dem Infantilismus, da auch dieser in der Regel nur ein partieller ist. Die Eunuchoiden stellen nur einen besonderen Typus des Infantilismus dar, einen Infantilismus oder eine infantile Hemmungsbildung des Genitalapparates. Die Frage nach der formalen Genese dieser Hemmungs-

bildung läßt sich nicht nach den Erfahrungen an kastrierten Menschen und Tieren beantworten; denn die Eunuchoiden zeigen den Eunuchen gegenüber wesentliche Unterschiede. Es fehlt ihnen trotz Offenbleibens der Epiphysenlinien das gesteigerte Längenwachstum — die Fälle Wolffs waren klein und schwächlich, zwei sogar zwerghaft klein — und auch die bei den Eunuchen beobachtete Vergrößerung der Hypophyse läßt sich nicht bei ihnen nachweisen. Die mangelhafte Funktion der Keimdrüsen ist hier lediglich eine Teilerscheinung einer allgemeinen Erkrankung oder Mißbildung, wie auch der Hermaphroditismus keine lokalisierte Mißbildung der Genitalien ist. Doch ist das Fehlen der sekundären Geschlechtscharaktere — in Wolffs Fällen fehlten nur solche, die sich erst in der Pubertät ausbilden — wahrscheinlich eine direkte Folge der Keimdrüsenhypoplasie. Dieses Fehlen der sekundären Geschlechtscharaktere unterscheidet die Eunuchoiden auch von den Fällen mit rudimentärer Anlage der Müllerschen Fäden, bei denen diese Charaktere trotz der hochgradigeren Mißbildung der Genitale meist ganz normal ausgeprägt sind. Über die kausale Genese lassen sich nur Vermutungen anstellen. Den geraden Gegensatz zu den 4 Eunuchoiden bildete die 5. Beobachtung Wolffs, ein 4jähriges Mädchen, das schon vom Anfange seines 3. Lebensjahres an regelmäßig menstruiert war. Es war nicht nur in seiner geschlechtlichen Entwicklung seinem Alter weit vorausgeeilt, sondern besaß auch die Durchschnittsgröße 8- bis 9jähriger Mädchen (121 cm), ein noch etwas höheres Gewicht (26 kg) und das Röntgenbild der Hand zeigte Verhältnisse, wie sie dem Alter von 10 Jahren entsprachen. Hohlfeld (Leipzig).

M. Guibé et **Ramadier** (Paris). *Un cas de mort post-opératoire rapide coïncidant avec un thymus hypertrophic.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 187.)

Angesichts der Empfehlung französischer Autoren (cf. Berliner klin. Wochenschr., 1912, S. 1677), Leistenhernien schon im frühen Säuglingsalter zu operieren, interessiert dieser Fall: ein absolut gesundes Kind von 17 Monaten starb plötzlich 20 Stunden nach der durchaus glatt verlaufenen, unter Chloroformnarkose ausgeführten Operation einer doppelseitigen Leistenhernie. Die Sektion ergab als pathologischen Befund lediglich eine stark vergrößerte Thymusdrüse (Gewicht 20 g!? Ref.). Eine mikroskopische Untersuchung unterblieb. R. Weigert.

Léon Tixier. *Les lésions du cartilage de conjugaison chez un achondroplase 3 ans.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 251.)

Histologische Untersuchung eines Falles von Achondroplasie mit differential-diagnostischen Erörterungen gegenüber den rachitischen Veränderungen des Knorpels: der achondroplastische Knorpel ist hypoplastisch, der rachitische hyperplastisch; trotz der gegensätzlichen Natur beider Veränderungen können beide Erkrankungen nebeneinander vorkommen. R. Weigert.

Bantlin (Gießen). *Pellidol und Azodolen* (Kalle & Co., A.-G. Biebrich) *zur Behandlung der Ekzeme bei exsudativer Diathese.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 39.)

Die beiden pharmazeutischen Präparate sind Derivate des Amidoazotoluols, des wirksamen Bestandteiles des Scharlachrots.

Ekzeme auf exsudativer Grundlage, die meist monatelang diätetisch und dermatologisch vergebens behandelt worden waren, reagierten hervorragend auf 20%ige Salben der erwähnten Drogen. Besonders schnell schwand der Juckreiz. Klotz.

H. E. Knopf. *Über Asthma bei Kindern und dessen Behandlung.* (Nach einem Vortrag in der Vereinigung südwest-deutscher Kinderärzte.) (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 33.)

Das Kinderasthma ist nicht ganz selten; die Behandlung keineswegs aussichtslos. Die von Knopf in 5 Fällen, die sämtlich, manche sogar überraschend leicht geheilt wurden, durchgeführte Behandlung besteht neben allen anderen physikalisch-diätetischen und medikamentösen Behandlungsformen hauptsächlich aus:

a) psychischer Beeinflussung, Erziehung, Abhärtung, womöglich Veränderung der Umgebung usw.

b) Erlernung normaler Atmung durch regelmäßige atmungsgymnastische Übungen. A. Keller (Berlin).

H. Quincke (Frankfurt a. M.). *Lymphurie?* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 25.)

Quincke regt an, der Lymphbeimengung zum Urin für die Klärung gewisser Albuminurien Aufmerksamkeit zu schenken. Nur dort, wo die Chylusgefäße rückläufig ihren Inhalt durch Anastomosen in die Lymphbahnen der Harnwege ergießen, wird die Chylurie sofort deutlich. Wo die Lymphgefäße der Nieren direkt in die Harnkanälchen oder in andere Teile der abführenden Harnwege münden, wird die Lymphbeimengung sich im Urin nicht so leicht manifestieren. Das Lymphgefäßsystem der Harnwege ist ein überraschend reichhaltiges und beispielsweise von den Harnkanälchen so wenig isoliert, daß Kommunikationen durchaus möglich sind. Wenn Lymphozyten gewöhnlich in solchen Fällen von Albuminurie nicht gefunden werden, so ließe sich einwenden, daß die Kommunikationsöffnungen in der Niere sehr eng sind und daß es sich um reine Gewebslymphe handeln kann, die noch nicht durch Lymphdrüsen passiert ist. Bei der lordotischen Albuminurie dürften die lumbalen Lymphgefäße gedehnt und geknickt werden, es genügt sehr geringer Druck, um Lymphbahnen zu verengen oder zu schließen und damit Stauung herbeizuführen. Naturgemäß beansprucht Quincke nicht, alle nichtnephritischen Albuminurien in der erwähnten Weise als lymphogen zu erklären, sondern bestimmte Gruppen. Nicht hierher gehörig sind beispielsweise die Albuminurien durch Überanstrengung, kalte Bäder. Klotz.

W. v. Starck (Kiel). *Diabetes mellitus im Anschluß an Pertussis.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 24.)

Im allgemeinen ist das Auftreten von Diabetes im Anschlusse an Infektionskrankheiten nicht häufig. Es wäre möglich, daß es im Gefolge von Pneumonie, Typhus, Parotitis, Erysipel, akuten Magendarmkatarrhen zu Pankreatitiden käme, die eine temporäre oder dauernde Störung im Zuckerhaushalte herbeiführen. v. Starck glaubt, daß durch eine bessere Urinkontrolle akut infektiös erkrankter Kinder weit mehr Glykosurien entdeckt werden könnten.

Im vorliegenden Falle handelt es sich um ein 7jähriges, elendes Mädchen mit Keuchhusten, bei dem etwa 2 Monate nach Ausbruch des Pertussis die Komplikation mit Diabetes festgestellt wurde. Durch diätetische Behandlung wurde Aglykosurie erzielt, doch blieb die Kohlehydrattoleranz herabgesetzt, die Prognose mithin zweifelhaft.

Klotz.

Rudolf Klotz (Tübingen). *Zur Ätiologie der Rachitis, auf Grund ihrer therapeutischen Beeinflussung durch Hypophysenmedikation.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 21.)

Es war wirklich höchste Zeit, daß ein Gynäkologe mal bei der Pädiatrie nach dem Rechten sah. Ist diese junge Disziplin doch auf dem besten Wege, sich zu ernster, kritischer Wissenschaftlichkeit durchzuarbeiten.

Nach der Auffassung des Autors — die schon seit langem „in der Luft lag" — ist nicht der Kalk-, sondern der Phosphorstoffwechsel bei der Rachitis gestört. Wir nehmen diese Auffassung ad notam, desgleichen die Lehre, daß die Hypophyse den Phosphorstoffwechsel beherrscht. Vor einiger Zeit reklamierte zwar Klose die Thymus für eine dominierende Rolle im Phosphorstoffwechsel, aber zwischen beiden Forschern wird sich wohl ein Modus vivendi herstellen lassen.

Rudolf Klotz hat durch eine poliklinische 5- bis 6wöchige Kur mit Hypophysochromtabletten + Kalziumkarbonat 5 Rachitiker zum Laufen gebracht, den Ernährungszustand gebessert und das gedrückte, mürrische Wesen völlig umgewandelt. „Nun sag mir eins, man soll kein Wunder glauben!"

Max Klotz (Schwerin).

Jödeike. *Oxyuris vermicularis.* (Med. Klin., 1912, Nr. 2.)

Um die Oxyuren zu beseitigen, empfiehlt Jödeike, 1 bis 2 Wochen lang Abführmittel neben sauren Speisen zu geben. Den Hauptwert legt er aber auf ein Reinigungsbad nach jedem Stuhlgange und auf Bestreichen der Analgegend mit grauer oder Höllensteinsalbe.

Steinitz.

J. Comby (Paris). *Bromides cutanées chez les nourrissons.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 153.)

Comby berichtet über den außerordentlich interessanten Fall eines mehrere Monate anhaltenden Exanthems bei einem von seiner dauernd Brom gebrauchenden Mutter gestillten Säuglinge. Der Brommißbrauch der Frau war der Umgebung nicht bekannt,

er wurde erst im 10. Lebensmonate des Kindes festgestellt und aufgegeben; 20 Tage später war der Bromausschlag verschwunden, der am Ende des 2. Lebensmonats aufgetreten war. Zeitweilig bestanden neben dem vielgestaltigen (papulokrustösen) Ausschlag auch Erscheinungen von seiten des Verdauungsapparates, die gleichfalls auf den Bromkonsum der Mutter bezogen wurden. Die Mutter verbrauchte täglich 1 bis 2 g Bromkalium und hatte davon keinerlei ungünstige Folgeerscheinungen, während der Säugling, dem mit der Muttermilch nur minimale Spuren von Brom — allerdings fast ununterbrochen — zuflossen, die Zeichen einer chronischen Bromvergiftung aufwies. R. Weigert.

Cramer. *Zur Behandlung einiger Hautkrankheiten im Kindesalter.* (Med. Klin., Nr. 22.)

Empfehlung der Viljacrême, die als Panazee bei intertriginösen und anderen Säuglingsekzemen angepriesen wird. Steinitz.

F. Jampolsky. *Über metastatische Ophthalmie nach Zahnextraktion.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 35, S. 1328.)

Ein 11jähriges Mädchen erkrankt einige Tage nach Extraktion eines kariösen Backenzahns an einseitiger metastatischer Ophthalmie, welche zur Schrumpfung des Bulbus führt. In der Literatur findet sich nur ein analoger Fall von Dimmer (13jähriger Knabe).

Reuß (Wien).

W. Rittenhouse. *Über Arterienrigidität bei Kindern.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 24, S. 920.)

Verf. untersuchte auf der Hamburgerschen Abteilung 250 Kinder im Alter von 2 bis 14 Jahren. Er unterscheidet 4 Grade der Arterienrigidität. Im 2. Lebensjahr wurde kein einziger Fall von palpabler Arterienwand gefunden. Leichte Grade sind jenseits des 7. Lebensjahres ungeheuer häufig, hohe Grade wurden vor diesem Jahr nie gefunden. Wie aus der der Mitteilung beigefügten Tabelle zu entnehmen ist, fand sich vom 3. bis 14. Jahr allmählich ansteigend Rigiditätsgrad I in 30 bis 80%, II in 5 bis 45%, III in 2 bis 18%, IV in 4 bis 5%. Der Rigiditätsgrad wechselt übrigens bei ein und demselben Kind sehr häufig, er scheint von dem jeweiligen psychischen Erregungsgrad abhängig zu sein. Reuß (Wien).

Lewis Thatcher. *On Tylosis palmaris et plantaris.* (Über Tylosis Palmaris und Plantaris.) (Edinb. med. Journ., April 1912, S. 342.)

Es sind 3 Fälle erwähnt: ein Knabe von $11^1/_2$ Jahren, ein Mädchen von $7^1/_2$ Jahren und ein Knabe von 6 Jahren. Sie sind 1., 4. und 5. Kind einer Familie von 8 Kindern; die anderen 5 Kinder sind normal. Die Kinder stammen aus einem armen und schmutzigen Hause auf der Insel Fetlar in Shetland. Die Eltern sind im zweiten Grade verwandt. Aber keiner ihrer beiderseitigen Verwandten litt an Hyperkeratosis; auch auf der Insel, welche eine Bevölkerung von 347 Seelen aufweist, besteht kein Fall dieser Krankheit. Die

Verdickung der Epidermis auf den Handflächen und auf den Sohlen wurde bei jedem der Fälle zunächst im Alter von 3 Jahren beobachtet. Seit dem Beginne hat sich von Zeit zu Zeit das Aussehen verändert. In verschieden langen Zeitabschnitten schälte sich die verdickte Epidermis ab; die darunter liegende Haut war dann für Berührung empfindlich, so daß die Kinder einige Tage nicht gehen konnten. Die Kinder waren schlecht entwickelt und die beiden jüngsten waren geistig minderwertig. Haare und Nägel waren von normaler Beschaffenheit, ebenso die Haut mit Ausnahme der Handflächen und Sohlen. Bei sorgfältiger Behandlung mit Salizylpflaster und Einreibung mit Salizylsäure und Ichthyol trat im Zustande der Epidermis fortschreitende Besserung ein, und nach einigen Wochen wurden die Kinder mit scheinbar normalen Füßen und Wänden entlassen. Als sie jedoch das Hospital verlassen hatten, hörte die Behandlung auf, und die Krankheit stellte sich bald wieder ein; der Zustand ist seitdem derselbe wie früher. John Thomson (Edinburg).

Hill. *Vitiligo, with the report of case appearing 2 weeks after an attack of scarlet fever.* (Vitiligo zwei Wochen nach einem Anfall von Scharlachfieber.) (Arch. of Ped., Juli 1912.)

Verf. schildert diesen interessanten Fall, ohne über die Frage von Zufall oder kausalem Verhältnis zu einer Meinung zu kommen. Wachenheim (New York).

L. Unger. *Beiträge zur Pathologie und Klinik der Neugeborenen. III. Melaena vera.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 39.)

Unger berichtet über neun Fälle von Melaena vera, welche er im Laufe von $1^1/_2$ Jahren (unter 6000 Geburten) an der II. Frauenklinik in Wien beobachtete. Mit Ausnahme eines Falles blieben alle Kinder am Leben. Die Geburtsdauer war in allen Fällen eine protrahierte. Therapeutisch kamen die gebräuchlichen Mittel (Gelatine, Ergotin, Serum, Kalzium) zur Anwendung. Von Interesse ist die günstige Wirkung von Mutterserum, welches in drei Fällen in einer Menge von 2 cm^3 injiziert wurde. Reuß (Wien).

Ott. *The clinical significance of abnormal respiration and deglutition click or fremitus; she pneumonic respiration pause cycle.* (Klinische Bedeutung der abnormalen Atmung und des Schluckgeräusches; der pneumonische Atmungspausenzyklus.) (Americ. Journ. Dis. Children, Juli 1912.)

Speziell erwähnenswert ist die Bemerkung, daß beim Auftreten von Zerebralsymptomen in Anschluß an Pneumonie das Persistieren des Atmungspausenzyklus gegen eine intrakranielle Läsion spricht: diese Diagnose wird natürlich durch das Fehlen von hartnäckigem Erbrechen unterstützt. In bezug auf das Schluckgeräusch will Verf. es bei Pneumonie verstärkt finden, also im selben Sinne wie die Stimmveränderung, die bei kleinen Kindern nicht immer konstatiert werden kann, wenn diese nicht gerade schreien. Die Zählprobe ist natürlich bloß bei größeren Kindern ausführbar.

Wachenheim (New York).

V. Gielczyński. *Über einen Fall von Emphysema pleurale, mediastinale und subcutaneum im Verlaufe einer Bronchopneumonie beim Säugling.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 25, S. 959.)

6 Monate altes Kind mit ausgebildeter Pneumonie. Vikariierendes Lungenemphysem. Durch Bersten der geblähten Alveolen kommt es zur Entwicklung eines Emphysema mediastinale und subcutaneum sowie eines Pneumothorax. Am folgenden Tage Exitus letalis.

Reuß (Wien).

Ad. Schmidt (Halle). *Über langsamen Durchbruch kleiner Pleuraempyeme in der Lunge.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 26.)

Neben der akut einsetzenden und verlaufenden Perforation großer Empyeme in den Bronchialbaum kommt nach Schmidt häufiger, als man bisher annimmt, auch der protrahierte Durchbruch kleiner Empyeme vor. Er erstreckt sich auf Tage und Wochen und geht mit ganz uncharakteristischem Auswurf einher. Die Probepunktionen, wenn man nicht sogleich Eiter vorfindet, ermöglichen dem Empyemeiter durch die gesetzte Verletzung der Lunge in das Parenchym und von dort in die Bronchiolen einzubrechen. Aus dieser Erkenntnis ergibt sich, daß man bei metapneumonischen kleineren Empyemen nicht gleich operativ vorgehen soll, sondern abwarten mag, wie sich der Verlauf gestaltet, nachdem wiederholt punktiert respektive aspiriert worden ist. Man wird alsdann finden, daß das Empyem verschwindet, „spontan resorbiert" wird, wie man früher sagte — in Wirklichkeit aber nach Schmidt langsam in die Lunge durchgebrochen ist. Klotz.

F. Pielsticker und **H. Vogt.** *Über künstlichen Pneumothorax bei Kindern.* (Monatschr. f. Kinderh. XI., Orig., S. 143—157, 1912.)

Die Verff. haben in systematischer Weise versucht, geeignete chronische Lungenerkrankungen im Kindesalter mit künstlichem Pneumothorax zu behandeln. Es zeigte sich, daß der Pneumothorax auch von den jüngsten Kindern anstandslos ertragen wurde. Die Anlegung des Pneumothorax ist bei Kindern etwas schwieriger als bei Erwachsenen. Zur Behandlung herangezogen wurden Fälle von chronischer Bronchiolektasie und solche von Tuberkulose. Während der Erfolg bei den Bronchiolektasien bisher nicht den Erwartungen entsprach, sahen die Verff. bei Fällen von Lungentuberkulose weitgehende Besserungen, und zwar auch bei sehr jungen Kindern. Bei der an sich ungünstigen Prognose der Lungentuberkulose im Kindesalter bildet die Behandlung mit künstlichem Pneumothorax eine wertvolle Bereicherung unseres sonst nicht gerade reichhaltigen therapeutischen Rüstzeuges. Autoreferat.

F. Volhard (Mannheim). *Über den künstlichen Pneumothorax bei Lungentuberkulose und Bronchiektasien.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 32.)

Die Indikationen Volhards zur Kollapstherapie sind die bereits weiteren Kreisen bekannten. Am besten geeignet sind ein-

seitige kavernöse Phthisen. Ungeeignet: Lungenabszeß und disseminierte floride Phthise. Außerordentlich gut geeignet sind schwere Bronchiektasien ohne Pleuraverwachsungen. Klotz.

G. Variot et **A. Morancé** (Paris). *Bruit de glou-glou pleural chez un enfant de 8 ans.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 156.)

Im Verlaufe einer Pleuritis entstand ein Pneumothorax, der das klinische Symptom des Plätschergeräusches hervorbrachte. Mit dem Pneumothorax, der im Röntgenbild deutlich erkennbar war, verschwand auch das Geräusch wieder. R. Weigert.

Nicoll and **Fiedler.** *A case of mastoiditis followed by general sepsis, with symtoms of tetanus.* (Fall von Mastoiditis mit folgender allgemeiner Sepsis mit tetanischen Symptomen.) (Arch. of Ped., August 1912.)

Kulturen ergaben bloß Streptokokken, tetanische sowie meningeale Symptome können bei diesem Infektionstypus auftreten und zu Verwechslungen führen. Wachenheim (New York).

Poyntau und **Paine** (London). *Weiterer Beitrag zur Ätiologie der Appendizitis als Folge einer Blutinfektion.* (Lancet, 1912, 17. Aug.)

Aus einer entzündeten Tonsille und dem appendizitischen Eiter eines Patienten züchteten sie Streptodiplokokkus. Die Kulturen verursachten bei Kaninchen Arthritis und einmal Appendizitis.
Th. Messerschmidt (Straßburg).

Fowler. *Appendicitis in childhood.* (Appendizitis im Kindesalter.) (Americ. Journ. Dis. Children, August 1912.)

Eingehender Bericht über 183 Fälle, davon bloß 23 unter 7 Jahren. Die Diagnose wird auch bei älteren Kindern häufig dadurch erschwert, daß Diätfehler in diesem Alter die Regel sind. Bei kleinen Kindern kommen die verschiedensten abdominalen und extraabdominalen Zustände in Betracht. Wachenheim (New York).

W. Birk (Kiel). *Chronische rezidivierende Pyelitis im Kindesalter.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 26.)

Die akute Pyelitis heilt nicht bei allen Kindern aus; ein gewisser Prozentsatz bleibt ungeheilt und ist häufigen Rezidiven, die auf Perioden monatelangen, selbst jahrelangen Wohlbefindens folgen, unterworfen. Es sind fast ausschließlich Mädchen. Der Grund für diese hartnäckige Infektion ist unbekannt. (Konstitution?)

Es ist nach Verf. eine nicht unwichtige Frage, was später aus diesen Kindern mit rezidivierender Pyelitis wird, wie Gravidität, Wochenbett usw. bei ihnen verlaufen. Klotz.

Haase. *Aknebazillis.* (Journ. of Americ. Assoc., 1912, 17. August.)

Spezifischer Erreger der Acne vulgaris. Therapeutisch hatte die Vakzination mit demselben guten Erfolg.
Th. Messerschmidt (Straßburg).

Geronné. *Behandlung der Pneumonie mit dem Neufeld-Händelschen Pneumokokkenserum.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 36.)

Frühzeitige intravenöse Injektion großer Dosen kürzt den Fieberprozeß ab; der pathologisch-anatomische Prozeß wird wenig beeinflußt. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Reh. *Angine pseudomembraneuse à pneumocoques.* (Rev. suisse de méd., Nr. 37, 1912.)

Reh berichtet über eine bei einem $5^1/_2$jährigen Mädchen beobachtete pseudomembranöse Angina, die durch Pneumokokken hervorgerufen wurde. Frost, Brechen, grauweißer Belag auf beiden Tonsillen, Schluckbeschwerden, hohes Fieber. In pulmonibus nichts Abnormes. Diphtherieserum, das vor der bakteriologischen Untersuchung injiziert wurde, war ohne Erfolg. In der 5. Nacht kritischer Temperaturabfall mit Schweißausbruch. Kulturell wurden neben vereinzelten Streptokokken reichlich Pneumokokken gezüchtet, keine Löfflerbazillen. Reber (Basel).

Doering (Halle). *Über das Vorkommen von Meningokokken im Ohreiter.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 1955.)

Drei sporadisch aufgetretene Fälle, von denen einer letal endete. Mitteilung der Krankengeschichten, der bakteriologischen Befunde und des Sektionsprotokolls.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Davis (Chicago.) *Bacteriol. study of streptococci in milk in relation to epidemic sore throat.* (Journ. of the Americ. med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, p. 1852.)

Als Erreger einer epidemischen Halsentzündung wurde ein durch Milch verbreiteter Streptokokkus ermittelt. Dieser wuchs üppiger als der gewöhnliche Streptoc. haemolyt. und bildete Kapseln. Die Milch stammte von an Mastitis epidem. erkrankten Kühen. Klinisch waren die Halsentzündungen reich an Komplikationen (Arthritis, Meningitis, Peritonitis). In diesen Affektionen fand sich gleichfalls der beschriebene Streptokokkus.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Negri et **Raynaud** (Algier). *Melitensis et paramelitensis.* (Compt. rend. Soc. biol., 1912, Nr. 18.)

Ein Kokkus unterschied sich nur durch die Agglutination, nicht morphologisch und kulturell vom echten Microc. melitens. Verff. bezeichnen ihn als Microc. paramelitens. und weisen auf die praktisch-diagnostische Bedeutung solcher Befunde hin.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

H. Schottmüller (Hamburg-Eppendorf). *Der Liquor cerebrospinalis bei Infektionskrankheiten, insbesondere im Zusammenhang mit der Wassermannschen Reaktion bei Poliomyelitis acuta epidemica.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 37.)

Schottmüller fand, daß bei verschiedenen Infektionen, wie Typhus, Endocarditis lenta, Staphylokokkensepsis, wahrscheinlich durch Bakteriämie bedingte und durch Ansiedlung von Keimen im Gehirn beziehungsweise in den weichen Hirnhäuten hervorgerufene Veränderungen des Liquor cerebrospinalis bestanden. Vermehrte Menge, Druckerhöhung, Pleolymphozytose.

Bei Typhus führte die Entnahme von Spinalflüssigkeit zum Aufhören von Kopfschmerzen, Nachlassen von Delirien, so daß Wiederholungen der Punktion aus therapeutischen Gründen erfolgten. Schottmüller schlägt vor, derartige pseudomeningitische Krankheitszustände als Meningitis infectiosa circumscripta zu bezeichnen, gegenüber der malignen Meningitis infectiosa universalis, bei der die Bakterien in den allgemeinen Lymphstrom gelangt sind und eine diffuse Meningitis erregt haben.

Bei Tetanus Erwachsener fand sich normaler Liquor, bis auf die Anwesenheit von Tetanustoxin. Bei einem Fall von schwerstem, letal endigendem Tetanus neonatorum war dagegen kein Toxin nachzuweisen. Das ist sehr bezeichnend und ein Beweis für die Auffassung von Czerny, daß der Tetanus neonatorum zumeist gar kein echter Tetanus ist, sondern Sepsis. Schottmüller nimmt dagegen an, daß infolge der schweren letal endigenden Infektion mehr Toxin an die Gehirnzellen gebunden sei und wenig mehr frei im Liquor kreise. Ferner könnte die letale Tetanustoxindosis für den Säugling erheblich niedriger liegen als beim Erwachsenen. Bei der Häufigkeit, mit der Tetanus neonatorum diagnostiziert wird, wäre es ja, wie Referent annimmt, leicht, künftighin durch Injektion von Lumbalpunktat bei Meerschweinchen die Anwesenheit von Toxin festzustellen.

Sehr interessant sind endlich die Ausführungen über Wassermannsche Reaktion bei Poliomyelitis acuta. Es scheint danach, daß ähnlich wie bei Scharlach auch bei epidemischer Kinderlähmung im akuten Stadium die Seroreaktion stark positiv sein kann. Sie wird später dann wieder negativ. Eine positive Seroreaktion (im Blut) ist also nicht geeignet, Zweifel zwischen luetischer oder poliomyelitischer Natur einer fraglichen Erkrankung zu lösen. Doch deutet Schottmüller auch hier einen möglicherweise erfolgreichen Weg an: Bei Lues fällt die Wassermannsche Reaktion im Liquor, bei Verwendung bis 1 cm^3, positiv aus, desgleichen die Globulinreaktion und die Pleolymphozytose. Bei epidemischer Poliomyelitis ist dagegen die Seroreaktion in 1 cm^3 Liquor negativ, Globulinreaktion ebenfalls negativ, nur Pleolymphozytose positiv.

Das Verschwinden der Wassermannschen Reaktion mit Ablauf des akuten Stadiums der Poliomyelitis spricht für die Anwesenheit floriden Giftes. Klotz.

Noguchi (New York). *Zur Züchtung der Spirochaete pallida.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 33.)

Gegenüber den von Mühlens und W. H. Hoffmann rein gezüchteten Spirochaeten hält Verf. seine Reinkultur für die der echten Spirochaete pallida. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Tomasczewski (Berlin). *Ein Beitrag zur Reinzüchtung der Spirochaete pallida.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 33.)

Reinzüchtung der Spirochaete pallida gelang in Serumagar, nicht in erstarrtem Serum. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Lühmann. *Eine neue Art von Gefäßerkrankung der Leber bei kongenitaler Lues.* (Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XVII, H. 2.)

Verf. sah bei drei Fällen in der Leber klein- und großflockige weiße Herde um Lebervenen und Pfortaderäste. Die Adventitia dieser Gefäße — in geringerem Grade auch die Intima und Media — zeigt durchwegs eine ziemlich starke kleinzellige Infiltration und ist durch neugebildetes Bindegewebe verdickt, das von ihr in kurzen Zügen in das Leberparenchym ausstrahlt und zahlreiche Spirochäten enthält. Außerhalb der Herde ist das Lebergewebe normal. Die Gallengänge sind so gut wie gar nicht an dem Prozesse beteiligt.

Hohlfeld (Leipzig).

E. Rumpf (Baden-Baden). *Über das Vorkommen von Tuberkelbazillen im Blutstrom.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 36.)

Es werden immer mehr Stimmen laut, die darauf hinweisen, daß die Tuberkelbazillämie viel häufiger ist, als wir bisher annehmen. Wollen japanische Autoren doch bei tuberkulösen Frauen des II. und III. Stadiums sogar in 100% Tuberkelbazillen auch in der Milch gefunden haben. Rumpf, ein sehr gewissenhafter Tuberkuloseforscher, konnte bei 25 leicht kranken und fieberfreien Patienten seines Sanatoriums in 100% Stäbchen im Blute mikroskopisch sicherstellen. Auch 6 frühere Patienten (1 Fall 20 Jahre zurückliegend) hatten allesamt Stäbchen im Blute. Und schließlich das gleiche positive Resultat bei 7 völlig Gesunden. Um nun zu entscheiden, ob diese Stäbchen denn auch wirklich Tuberkelbazillen sind, injizierte Rumpf (in Verbindung mit dem Behringschen Institut) Meerschweinchen und fand von 35 Tieren sicher tuberkulös 3, fraglich 1, alle anderen nicht tuberkulös.

Daß die fraglichen Stäbchen Tuberkelbazillen waren, muß nach den 3 positiven Meerschweinchensektionen doch wohl angenommen werden. Möglicherweise aber handelt es sich bei den Blutstäbchen um meist nicht mehr lebensfähige Mikroben. Oder aber sie sind lebensfähig, werden jedoch dem Meerschweinchen nicht mehr gefährlich, da sie zusammen mit frischem, unverdünntem Menschenblut injiziert werden. Vielleicht spielt die relativ geringe Menge der Blutstäbchen auch eine Rolle bei den Fehlversuchen.

Jedenfalls muß man nach Rumpf sich damit vertraut machen, daß Tuberkelbazillen unendlich viel häufiger im Blute kreisen, als man bislang annimmt. Daß schließlich nicht jeder Mensch aktiv tuberkulös wird, wäre so zu erklären, daß zum Krankwerden eine andere Gelegenheitsursache gehört. Welches ist aber das Depot, von dem aus die Stäbchen kontinuierlich in das Blut abgegeben werden? Klotz.

Gräfin v. Linden (Bonn). *Die Ergebnisse des Finklerschen Heilverfahrens bei der Impftuberkulose des Meerschweinchens.* (Beitr. z. Klinik d. Tuberk., 1912, Bd. XXIII.)

Kupferchlorid sowie die Chloride und Jodide vom Methylenblau, ferner Kupferlezithinverbindungen zeigen in vivo einen spezifischen Einfluß auf Tuberkelbazillen und Tuberkelgewebe. Von mit $^1/_2$ mg Tuberkelbazillen infizierten Meerschweinchen zeigten 50% einen bedeutenden Heilerfolg, eins eine völlige Heilung. Die Kontrollen erlagen sämtlich der Infektion in 15 bis 18 Wochen.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Meissen (Hohenhonnef). *Meine Erfahrungen bei Lungentuberkulose mit Jodmethylenblau und Kupferpräparaten.* (Beitr. z. Klinik d. Tuberk., 1912, Bd. XXIII.)

Der durchschnittliche Erfolg war in hohem Maße bei menschlichen Patienten befriedigend. In schweren Fällen kein Erfolg.

Die günstigsten Resultate hatte Jodmethylenblau (Tetramethylthioninjodid) in 2- bis $3^0/_{00}$iger Lösung 2- bis 3mal wöchentlich 2 bis 5 cm^3. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Strauss (Barmen). *Meine Erfahrungen mit Jodmethylenblau und Kupferpräparaten bei äußerer Tuberkulose, speziell bei Lupus.* (Beitr. z. Klinik d. Tuberk., 1912, Bd. XXIII.)

Guter Erfolg in zirka 60 Fällen vom ersteren Präparat.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Thöni und **Thaysen.** *Bakteriologische Untersuchungen über einige Proben von „Poststaub" mit besonderer Berücksichtigung des Vorkommens von Mycobacter. tuberculosis.* (Mitteil. a. d. Geb. d. Lebensmittelunters. u. Hyg., Schweiz. Ges.-Anst., 1912, Bd. III, S. 128.)

Der untersuchte Staub stammte aus verschiedenen Postämtern der Schweiz, sowohl aus Bureaus als den Lagerräumen. Es fanden sich neben Heubazillen Kokken, Schimmel und einige Anaërobier. keine Tuberkelbazillen. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Weber. *Zur Tuberkulose der Menschen und der Tiere.* (Zentralbl. f. Bakt., I. Orig., Bd. LXIV, 1912.) (Löffler-Festschr.)

Der Unterschied von Typ. human. und Typ. bovinus muß weiter aufrecht erhalten bleiben. Umwandlungen der Typen sind nie mit Sicherheit beobachtet. Sogenannte atypische Kulturen erweisen sich gewöhnlich als Mischkulturen. Angabe der exakten Differenzen beider Typen.

In 117 Fällen von Tuberkulose bei Kindern und 21 bei Erwachsenen wurde Typ. bovinus bei Abdominal- und Drüsentuberkulose gefunden.

Bei Lungenschwindsucht wurde von der englischen Kommission nur zweimal, in einem weiteren Falle einmal Typ. bovinus nachgewiesen.

Die Bekämpfung richtet sich daher hauptsächlich gegen die Infektion von Mensch zu Mensch.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Weber und **Steffenhagen** (Kais. Ges. A.). *Was wird aus den mit menschlichen Perlsuchtbazillen infizierten Kindern und welche Veränderungen erleiden Perlsuchtbazillen bei jahrelangem Aufenthalte im menschlichen Körper.* (Arbeit a. d. Kais. Ges. A., 1912, S. 1.)

Bei an Drüsen- und Knochentuberkulose leidenden Kindern wurden regelmäßige Untersuchungen ausgeführt. Die Prozesse zeigten keine Neigung zum Generalisieren. Die gefundenen Bazillen waren stets vom Typ. bovinus, änderten ihr kulturelles und tierpathogenes Verhalten nicht, selbst in einem Fall, in dem sie $10^1/_2$ Jahre im menschlichen Körper verweilten.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Weber und **Dieterlen.** *Untersuchungen über den Typus der im Auswurf Lungenkranker vorkommenden Tuberkelbazillen.* (Virulenzprüfung der mittels der Antiforminmethode gezüchteten Tuberkelbazillen.) (Tub. Arb. a. d. Kais. Ges. Amt., H. 12, S. 1.)

9 untersuchte Lungenkranke waren vom Typus humanus infiziert. Antiformin beeinflußt die Virulenz der Tuberkelbaz. nicht. Das Uhlenhuthsche Züchtungsverfahren nach Lösung der Gewebe usw. im Antiformin erwies sich als sehr gut brauchbar.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Rothe und **Bierotte** (Berlin). *Untersuchungen über den Typus des Tuberkelbazillus bei Lupus vulgaris.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 35.)

Unter 28 Fällen fand sich 23 mal der Typus humanus, 4 mal der Typus bovinus, 1 mal beide gemischt.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Rauströnn (Upsala). *Tuberkelbazillen im strömenden Blute.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 33.)

Unter 29 Tuberkulösen fanden sich in den 9 Fällen des dritten Stadiums Tuberkelbaz. im Blute, besonders zur Zeit der Temperatursteigerungen (als Ursache derselben?).

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Schröder. *Über die Bedeutung der Milz als Schutzorgan gegen tuberkulöse Infektion.* (Vortrag, 2. Juni 1912, cf. Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Ref., 1912, S. 357.)

Experimentelle Meerschweinchentuberkulose wird durch Milzbrei von Tieren, die gegen Tuberkulose vakziniert waren, günstig beeinflußt. Tuberkulöse Antikörper kommen nicht in Frage, wohl aber die Zellen der Milz. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Macalister. *Sputumuntersuchung mit Antiformin.* (Brit. med. Journ., 24. August 1912.)

Bericht über 2273 Sputumunteruschungen, bei denen sich das Antiforminverfahren nach Ansicht des Verf. gut bewährte.
Th. Messerschmidt (Straßburg).

Wilson. *Pikrinfärbung der Tuberkelbazillen.* (Brit. med. Journ., 24. August 1912.)

Diese ist der gewöhnlichen Ziehl-Neelsonschen sowie allen anderen Färbemethoden überlegen, zumal Degenerationsformen besser zum Ausdruck gebracht werden. Beschreibung der Technik.
Th. Messerschmidt (Straßburg).

Charles Mc Neil. *Tuberculous infection in Infancy and Childhood as revealed by the cutaneous tuberculin test: An Analysis of 541 Cases.* (Edinb. med. Journ., April 1912, p. 324.)

Die Fälle wurden in zwei Gruppen eingeteilt. Die erste Gruppe umfaßt 371 Fälle von Kindern aus dem Royal Edinburgh Hospital for Sick Children mit einem Prozentsatz von 37·7% positiver Reaktion; die zweite Gruppe umfaßt 170 Knaben aus einer Industrial School in der Nähe von Edinburg, welche scheinbar alle in gutem Gesundheitszustande waren, mit einem Prozentsatze von 59·4% positiver Reaktion.

Bei der Verteilung der ersten Gruppe in Altersabschnitte und Vergleichung mit den durch v. Pirquet für Wien im Jahre 1907 veröffentlichten Resultaten ist folgendes festgestellt worden:

Altersabschnitte	Edinburg	Wien
Unter 1 Jahr	14·1%	—
1 bis 2 Jahre	29·9%	24%
3 bis 4 Jahre	46·6%	37%
5 bis 6 Jahre	28·8%	53%
7 bis 10 Jahre	51·9%	57%
11 bis 14 Jahre	55·0%	68%
Alle Fälle	371	988

Beide Rubriken obiger Tabelle zeigen eine weite Verbreitung der Tuberkulose im frühen Kindesalter, welche in den folgenden Altersabschnitten zunimmt. Aber die Zahlen zeigen für Edinburg in den ersten drei Altersabschnitten ein stärkeres Vorhandensein, für die nachfolgenden Altersabschnitte ein schwächeres Vorhandensein der Tuberkulose als in Wien. Wenn die geringere Sterblichkeit an Tuberkulose und das häufigere Vorkommen der Abdominaltuberkulose in Edinburg im Vergleiche mit Wien mit der in obiger Tabelle auf-

geführten Kutanreaktion zusammenfällt, ist es sehr wahrscheinlich, daß viele der Tuberkuloseinfektionen im frühen Kindesalter in Edinburg bovinen Ursprunges sind — das heißt, durch tuberkulöse Milch veranlaßt.

In 330 Fällen wurde die Probe mit menschlichem und bovinem Tuberkulin zugleich gemacht. In der größeren Mehrzahl der Fälle (258) war der Ausfall der Reaktion (positiv oder negativ) bei beiden Proben der gleiche. In 52 Fällen war die Reaktion stärker mit menschlichem als mit bovinem Tuberkulin: in 9 Fällen gab das bovine Tuberkulin die stärkere Reaktion. In 11 Fällen war der Ausfall der Tuberkulinprobe mit menschlichem Tuberkulin positiv, mit bovinem negativ. In keinem einzigen Falle fand das Umgekehrte statt. Das Resultat dieses Vergleiches war, daß, welches auch die Quelle der Infektion gewesen war, die Reaktion in den meisten Fällen bei menschlichem und bovinem Tuberkulin die gleiche war und daß im Reste der Fälle die Reaktion stärker mit menschlichem als mit bovinem Tuberkulin war. So war es also nicht möglich, auf diese Weise einen Unterschied zwischen einer Infektion menschlichen oder bovinen Ursprunges zu machen.

Die klinische Wichtigkeit der Tuberkulinprüfung ist durch die Tatsache bestätigt, daß mehr als die Hälfte der positiven Resultate Fälle betreffen, die klinisch nicht tuberkulös erscheinen. Der Wert der Prüfung bei klinischer Diagnose ist nur klein, da dort eine negative Reaktion immer bedeutsamer ist als eine positive. Bei 14 Fällen tuberkulöser Meningitis reagierten 10, so daß in früh auftretenden Fällen dieser Krankheit, wenn das klinische Bild noch schwankend ist, die Kutanprobe bei der Diagnose helfen kann.

In 314 Fällen wurde die Beschaffenheit der Lymphdrüsen des Nackens während der Kutanreaktion beobachtet. Dies geschah, weil R. W. Philip der Meinung war, daß die Anwesenheit multipler, leicht vergrößerter Drüsen oberhalb der Klavikula ein klinisches Zeichen von Tuberkulose der Lungenspitzen sei und den Invasionsweg in die Lungen kennzeichne. In über 90% von diesen Fällen wurde die Drüsenschwellung gefunden. Diese Tatsache genügt, um zu zeigen, daß viele dieser Drüsen nicht tuberkulös sind und daß ihre Anwesenheit kein absolutes Zeichen für Tuberkulose der Lungen oder andere Tuberkulose sei. Autoreferat.

Wachenheim. *The diagnostic value of the cutaneous tuberculin test of v. Pirquet.* (Der diagnostische Wert der v. Pirquetschen Probe.) (Americ. Journ. Dis. Children, Juli 1912.)

Klinisch tuberkulöse Kinder reagieren stets positiv, von schwächlichen, aber nicht evident tuberkulösen reagierten dagegen bloß etwa 5% positiv, auch vom 5. Jahre aufwärts bloß 7%. Es handelt sich hier nach der Meinung des Verf. um ungewöhnlich tuberkelfestes Material: anderseits ist der Beweis gegeben, daß ältere Kinder nicht ohneweiters als wahrscheinlich positiv reagierend betrachtet werden sollen, sondern daß die positive Reaktion stets mit gewissem Ernst in bezug auf Prädisposition und Prognose be-

trachtet werden muß. Man kann noch nicht behaupten, daß nicht ein großer Teil der anscheinend gesunden, aber positiv reagierenden Kinder später der Tuberkulose verfallen werden, dazu ist unsere Erfahrung zu kurz. Am besten wäre es, die Probe positiv sowie negativ als fast gleichwertig zu betrachten und die eventuelle Prognose bei allen positiven Fällen als dubia zu stellen. Autoreferat.

Pottenger. *The relationship between infection of the child and clinical tuberculosis in the adult.* (Das Verhältnis zwischen Infektion im Kindesalter und klinischer Tuberkulose beim Erwachsenen.) (Americ. Journ. Dis. Children, Juli 1912.)

Auch Pottenger meint, daß wir es mit der positiven Tuberkulinreaktion bei Kindern nicht zu ernst nehmen können: wenn auch bei nur einem Fünftel derselben nach der Pubertät evidente Tuberkulose sich entwickelt, so gibt dies unter einer stark verseuchten Jugend eine erschreckend hohe Gesamtzahl. Es wäre vielleicht am besten, alle diese Kinder einer strengen antituberkulösen Hygiene und eventuell Vakzinebehandlung zu unterwerfen.

Wachenheim (New York).

Hymanson. *Tuberculosis in young children.* (Tuberkulose bei kleinen Kindern.) (Arch. of Ped., August 1912.)

Verf. betont die Häufigkeit der Übertragung von den Eltern, den gelegentlich rapiden Verlauf, den Wert der v. Pirquetschen Probe und den Mangel an Fürsorgeanstalten für gefährdete Kinder.

Wachenheim (New York).

Talbot. *Tuberculosis of the mesenteric glands in infants and young children: its effects on absorption.* (Tuberkulose der Mesenterialdrüsen bei kleinen Kindern; ihr Einfluß auf die Resorption.) (Americ. Journ. Dis. Children, Juli 1912.)

Die Resorption der Proteine und Kohlenhydrate leidet wenig, die der Fette bedeutend, bis zu 60%; es ist daher bei vermuteter Mesenterialtuberkulose ratsam, bei der Diät die Fettmenge bedeutend herabzusetzen. Wachenheim (New York).

Moriz Weiß und **Alfred Weiß.** *Über die Verwertung des Urochromogennachweises bei der Indikationsstellung der Tuberkulinbehandlung.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 3, S. 1183.)

Fälle mit positiver Diazoreaktion sind nach der Ansicht mehrerer Autoren von der Tuberkulinbehandlung auszuschließen. M. Weiß hat nun eine Harnreaktion angegeben, die er als Urchromogen- oder Permanganatprobe bezeichnet (Medizinische Klinik 1910, Nr. 42), welche nicht bloß das Prinzip der Diazoreaktion nachweist, sondern auch einen Körper, welchen er als Vorstufe dieses Prinzips erkannt hat. Die Verff. glauben, daß auch die Urochromogenausscheidung im Harn eine Kontraindikation für die Vornahme von Tuberkulininjektionen darstellt und daß auch im Verlauf einer Tuberkulinkur wiederholte Prüfungen des Harns in dieser Richtung angezeigt sind. Reuß (Wien).

Rudolf Pollak. *Erythema nodosum und Tuberkulose.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 32, S. 1223.)

48 Kinder mit Erythema nodosum, von denen das jüngste im 23. Lebensmonat stand, reagierten sämtlich auf Tuberkulin positiv, und zwar war die Tuberkulinempfindlichkeit eine außerordentlich hohe, ähnlich wie bei Skrophulose. Es ist demnach der Schluß gestattet, daß das Erythema nodosum im Kindesalter nur bei tuberkuloseinfizierten Individuen vorkommt. Pollak glaubt, daß es auch tatsächlich als tuberkulöse Hautaffektion aufzufassen ist, wenn auch hierfür der strikte Beweis noch nicht erbracht ist. 5 Impfversuche mit Blut und exzidierten Knoten führten zu negativem Ergebnis.

Reuß (Wien).

Kober. *Über die ominöse Form des Erythema nodosum.* (Med. Klin.)

Unter Mitteilung eines einschlägigen Falles bespricht Verf. eine Form des Erythema nodosum, die als diagnostisches Symptom einer schweren inneren Krankheit, zumeist von Tuberkulose, gelten und von ominöser Vorbedeutung sein soll. Steinitz.

J. Sorgo. *Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose.* (Wiener klin. Wochenschr. 1912, Nr. 34, S. 1279.)

Referat vom 2. österreich. Tuberkulosekongreß in Wien (Juni 1912). Sorgo faßt seine Ansichten über die Behandlung der Lungentuberkulose durch künstlichen Pneumothorax in folgenden Sätzen zusammen: „Der künstliche Pneumothorax schafft durch den Kollaps und die Kompression der kranken Lunge die günstigsten Heilungsbedingungen für dieselbe. Das ist eine erwiesene Tatsache. Unter diesem Gesichtspunkte ist die Anwendung dieser Therapie gerechtfertigt bei allen schweren einseitigen Phthisen. Es ist aber nicht erwiesen, daß der künstliche Pneumothorax auch in der andern Lunge günstige Heilungsbedingungen setze. Das Gegenteil ist wahrscheinlicher. Der künstliche Pneumothorax bewirkt auch in den meisten Fällen eine Abnahme des Körpergewichtes, deren Ursache noch unbekannt ist und welche geeignet sein kann, in der andern Lunge die Tendenz zur Propagation des tuberkulösen Prozesses zu steigern. Daher soll man nur solche Fälle der Behandlung unterziehen, in denen die Erkrankung der andern Lunge auf die Spitze beschränkt, leichten Grades und von gutartiger Tendenz ist. Um diese sicher zu erkennen und um sie zu fördern, ist eine vorausgehende längere Heilstättenbeobachtung und -behandlung wünschenswert. Das Resultat der Behandlung ist in letzter Linie abhängig von dem Verhalten der andern Lunge. Eine sichere Prognose ist in dieser Hinsicht vor Abschluß der Behandlung nicht möglich, da nach vielen Monaten noch auch Erkrankungen leichtester Art progredient werden können." Reuß (Wien).

Armand-Delille (Paris). *Rapport sur l'héliothérapie.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 258.)

Die Behandlung mit Sonnenlicht eignet sich in der Hauptsache für die chirurgische Tuberkulose, nicht so für die der Pleuren und der

Lungen. Es ist nicht angängig, sie an einem beliebigen Orte zu inaugurieren, besonders eignen sich Höhenlagen von 1200 bis 1800 m und in der warmen, trockenen Jahreszeit Orte an der Küste.

R. Weigert.

Delay. *Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose osseuse infantile.* (Rev. suisse de méd., Nr. 33/34, 1912.)

Beobachtungen unter der Bevölkerung von 8 Gemeinden aus dem Kanton Waadt. Delay ist Anhänger einer konservativen Therapie. Die Dauer bis zur Ausheilung beträgt meistens länger als 2 Jahre. Immerhin tendiert die kindliche Tuberkulose unter guten hygienischen Bedingungen und Ruhe zur Heilung. Der Chirurg würde weniger eingreifen, wenn er nicht glaubte, die Behandlung dadurch abkürzen zu können. Bei der Heliotherapie im Gebirge wirken Ruhe und Zeit auch mit, Heilfaktoren, die auch in der Ebene ohne direkte Sonnenbestrahlung wirksam sind. Delay teilt die Tuberkulosen ein in abortive, chronische und generalisierte Formen. Er ist der Ansicht, die Knochentuberkulose auch bei Kindern müsse als eine Spätform aufgefaßt werden, ausgehend von einer Lokalisation im Lymphsystem. Nicht der Mangel einer großen bazillären Virulenz, sondern die erhöhte Widerstandskraft des kindlichen Organismus gegenüber tuberkulösen Infektionen macht die Knochentuberkulose zu einer relativ gutartigen Krankheit. Reber (Basel).

F. Junker (Lungenheilstätte Cottbus). *Unliebsame Vorkommnisse bei der Tuberkulinbehandlung.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 23.)

Es ist erfreulich, wenn in diesen kurzen Zeilen ein Heilstättenleiter Front macht gegen die von den Tuberkulinfanatikern Bandelier und Röpke propagierte ambulante Tuberkulinbehandlung. Leider sind Leute, welche dies so ehrlich aussprechen wie Junker, durchaus in der Minderzahl gegenüber der Gefolgschaft jener beiden Autoren, deren Lehrbuch der Diagnose und Therapie der Tuberkulose nun bereits in 6. Auflage erschienen ist. (Eine Parallele zu A. Martins in 50. Auflage erschienenen famosen Pflege und Ernährung des Neugeborenen!)

Junker berichtet, daß bei Tuberkulin A. F. (albumosefrei), das sich ihm bisher als „brauchbar" erwiesen hatte, mit einem Male heftige Reaktionen bei schon längere Zeit hindurch Vorbehandelten auftraten, die von einer Propagation des Lungenprozesses gefolgt waren. Auf Nachfrage ergab sich, daß jenes Präparat von der Fabrik auf Veranlassung der staatlichen Prüfungsinstanz doppelt so stark in den Handel gebracht wurde, ohne daß entsprechende Warnung an die Bezieher ergangen war. Die Rückkehr zur alten Konzentration zeigte dann aber, daß auch hier jetzt keine Gleichwertigkeit mehr bestand.

Damit verlieren naturgemäß alle Angaben über Dosierung des Tuberkulins an absolutem Wert und es muß mühselig erst für jedes Präparat die geeignete Injektionsdosis herausgefunden werden.

Auch mit Alttuberkulin hat Junker gelegentlich ähnliche unliebsame Erfahrungen gemacht. Klotz.

W. v. Leube (Würzburg). *Über die Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 31.)

Die Prophylaxe ist die wichtigste Aufgabe der Tuberkulosebekämpfung. Wenn auch die Sterblichkeit an Tuberkulose von Jahr zu Jahr abgesunken ist, so zeigt doch das Kindesalter kein entsprechendes Partizipieren an diesem Mortalitätsrückgang. Zwischen 11. bis 15. Lebensjahr sterben mehr Kinder an Tuberkulose als an allen anderen sogenannten Kinderkrankheiten. Es ist daran festzuhalten, daß die Erstinfektion mit Tuberkulose zwar einen Immunschutz zur Folge hat, daß dieser aber nur relativ ist, d. h. versagt, sobald eine massive exogene Reinfektion erfolgt oder eine Reinfektion von einem alten, früher erworbenen Tuberkuloseherd aus stattfindet (Autoreinfektion).

Das Stillen ist tuberkulösen Müttern durchaus nicht zu gestatten. Die Infektionsgelegenheit jüngerer Kinder durch tuberkulöse Mitglieder ihrer Familie ist dadurch herabzusetzen, daß die Kinder tagsüber in Walderholungsstätten untergebracht werden. Leube empfiehlt ferner eine maßvolle Tuberkulinbehandlung unter Vermeidung von allgemeinen und merkbaren Herdreaktionen. Da man mit Tuberkulin ebenso wie mit lebenden Bazillen Antikörper schaffen kann, so ist die Injektionsbehandlung theoretisch begründet. Leube geht so weit, gewissermaßen eine prophylaktische Tuberkulinkur zu verlangen. Sind die Eltern tuberkulös und tritt die von Zeit zu Zeit wiederholte Kutanreaktion zum ersten Male positiv auf, dann ist Tuberkulin zu injizieren, und zwar mehrere Monate hindurch. Bei frühzeitig entdeckten offenen Kindertuberkulosen ist die Verbringung in eine Heilstätte indiziert. Spezielle Kinderheilstätten gibt es zurzeit aber noch wenige. Diese Heilstätten müßten Unterrichtsgelegenheit: „Waldschulen" bieten. Klotz.

H. Lüdke und **Josef Sturm** (Würzburg). *Zur Spezialität der Tuberkulinreaktion.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 37.)

Aus den interessanten Darlegungen sei hervorgehoben, daß die Autoren die Tuberkulinreaktion als eine gattungsspezifische bezeichnen. Sie fanden, daß gesunde Versuchstiere auf verschiedenartige Bakteriengiftdosen noch nicht reagierten, die bei tuberkulösen Versuchstieren bereits Fieber auslösten. Immerhin aber war bei diesen tuberkulösen Tieren eine entsprechend viel höhere Bakteriengiftgabe zur pyrogenen Reaktion nötig als vom Tuberkuloseantigen.

Wenn sie tuberkulöse Menschen mit differenten Bakterienextrakten injizierten, erzielten sie in etwa 20% geringfügige Temperatursteigerungen, aber niemals Herdreaktionen oder Stichreaktionen. Die gleichen Gaben führten auch bei Lungengesunden öfter zu fieberhaften Reaktionen. Aber der unspezifische Charakter dieser Erscheinungen wird dadurch besonders deutlich erhellt, daß die Dosierung der Bakteriengifte gegenüber dem Tuberkulin eine ganz

unverhältnismäßig massivere war. Es waren zu diesen Reaktionen nämlich meist 10 cm^3 nötig.

Schließlich machten die Verff. auch noch Versuche mit kutaner Applikation differenter Bakteriengifte bei Tuberkulösen. Hier hatten sie unter 40 Fällen nur eine einzige positive Reaktion. Klotz.

Hans Vogt (Straßburg). *Zur Diagnose der Lungentuberkulose im Kindesalter.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 36.)

Verf. weist darauf hin, wie wenig exakt die Diagnose der Lungentuberkulose heute noch von den Praktikern gestellt wird. Trotz aller Fortschritte der Diagnostik herrscht bezüglich der Tuberkulose noch eine weitverbreitete diagnostische Unsicherheit. Dieselbe macht sich anscheinend in der Richtung geltend, daß mit der Diagnose Tuberkulose zu freigebig umgegangen wird. Vogt macht darauf aufmerksam, daß „skrofulöse" Erscheinungen, wie Phlyktänen, Blepharitiden usw., für sich allein nicht genügend sind, um eine Tuberkulose mutmaßen zu lassen. Auch gelegentliche Temperatursteigerungen brauchen nicht immer gleich das schwarze Gespenst der Tuberkulose aufsteigen zu lassen. Und schließlich wäre eine genauere Kenntnis der chronischen Lungenerkrankungen nicht tuberkulöser Natur im Kindesalter für den Praktiker sehr segensreich; denn gerade die chronischen rezidivierenden Pneumonien, die Bronchiektasen u. a. m. werden zumeist fälschlich als Tuberkulose diagnostiziert. Wie häufig wurden uns in Breslau chronische Pneumonien von den Schulärzten als Tuberkulosen zugesandt! Es entspräche einem Bedürfnis, die Lungenkrankheiten des Kindesalters monographisch zu bearbeiten. Die Lehrbücher der Kinderheilkunde sind in dieser Hinsicht teils rückständig, teils behandeln sie die erwähnten Unterkapitel zu knapp.
Klotz.

Beintker. *Über die Säureagglutination des Thyphusbazillus.* (Klin. Jahrb., 1912, Bd. XXVI, S. 383.)

Typhusbazillen werden bei einer H-Ionen-Konzentration von 4.10^{-5}, Paratyphus-B-Bazillen bei $16-32.10^{-5}$; Paratyph. A.-Bazillen in der Zwischenlage ausgeflockt. Die Reaktion ist unsicher bei frischen Stämmen. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Orundjiew (Würzburg). *Die diagnostische Bedeutung der Leukopenie beim Abdominaltyphus.* (A. d. Würzburger med. Univ.-Klinik.) (Wratsch. Gaz., 1912, S. 577.)

Leukopenie kann durch die normalen und pathologischen Darmbakterien (Koli-, Typhus-, Proteus-, Dysenterie-, Cholera-Bakterien) hervorgerufen werden.
Th. Messerschmidt (Straßburg).

Graham, Campbell. *Klinische Bemerkungen über einen Fall von baziller Dysenterie vom Typus Y bei einem 6 Monate alten Kinde.* (Journ. of Trop. Med. a Hyg., 1912, S. 178.)

Schwerer Fall von Dysenterie; im Laboratorium fanden sich Dysenteriebazillen vom Typus Y. Da nur Shiga-Antiserum vorhanden

war, wurde dies dem Kinde injiziert. Es trat plötzliche rapide Besserung ein. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Rehberg. *Die Bedeutung der Agglutination für die Differential-Diagnose der typhösen Erkrankung.* (Klin. Jahrb., 1912, Bd. XXVI, S. 417.)

Fehlerquellen der positiven Agglutinationsprobe sind: Mitagglutination und Hemmung der Agglutination. Die Mitagglutination ist durch richtige Auswahl des Serums zu vermeiden.

Austitrieren des Serums schließt differentialdiagnostische Fehler nicht aus. Typhussera agglutinieren konstant den Bac. enterid. Gärtner mit (eine fehlende Mitagglutination desselben spricht gegen Typhus).

Bei Tierversuchen gelang der Absättigungsversuch stets.

Da, wo Agglutinoide die Agglutination hemmen, wird durch mehrere Bakterienstämme, Austitrieren und eine reichliche Konzentration der Bakterienaufschwemmung diese Fehlerquelle verringert.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Boroughton-Alcock. *Vakzination mit lebenden sensibilisierten Typhusbazillen.* (Lancet, 1912, 24. August.)

Bei Vakzination mit 500 bis 750 Millionen lebenden sensibilisierten Typhusbazillen als Einzeldosis treten keine allgemeine, sondern nur geringe lokale Erscheinungen auf. Verf. impfte 750 Personen. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Freund (Heidelberg). *Über den klinischen Verlauf der Infektion mit Bac. Paratyphi B.* (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. CVII, H. 4.)

70 Fälle von Gastroenteritis acuta „Typhus" wurden bakteriologisch und serologisch als Paratyphus-B-Infektionen erwiesen.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

R. Pfeiffer und **Bessau** (Breslau). *Über die Grundlagen einer Serumtherapie des Typhus abdominalis.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 1895.)

Die Autoren halten eine Serumtherapie des Typhus abdominalis für wenig aussichtsreich. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Maverick. *Typhus-Vakzination und Widalsche Reaktion.* (Journ. of the Americ. med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 1672.)

Trotz mehrfacher Vakzination blieb bei einem Patienten die Widalsche Reaktion negativ, während sie mit demselben Vakzin bei anderen stark positiv wurde.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Griffith. *Typhoid fever in infancy.* (Abdominaltyphus im frühen Kindesalter.) (Arch. of Ped., August 1912.)

Verf. sammelt 75 Fälle in den ersten 3 Lebensjahren, von diesen aber bloß 9 im ersten Jahre, also im Säuglingsalter. Die volle

Entwicklung der Krankheit geschieht etwas schneller als bei älteren Kindern. Darmsymptome treten mehr in den Vordergrund, dagegen ist der typhöse Habitus weniger ausgebildet, der Verlauf ist kürzer, 2 bis 3 Wochen, das Fieber recht unregelmäßig und selten typisch. Roseola, Splenomegalie und Widalsche Reaktion sind wie bei älteren Personen zu erwarten. Eitrige Komplikationen sind nicht selten, Rezidive kamen bloß bei 3 Fällen vor. Die Prognose ist nicht besser als bei Erwachsenen, denn 12 Kinder erlagen, davon aber 6 an komplizierender Diphtherie. Bei der Behandlung werden kalte Bäder widerraten und die Diät besteht meistens aus Milch, die nach der Erfahrung des Verf. gut vertragen wird.

Wachenheim (New York).

P. P. Ssakara. *Ein Fall von Unterleibstyphus bei einem $10^1/_2$-jährigen Mädchen.* (Ssibirskaja Wratsch. Gas., 1911, Nr. 52.)

Schlieps (Charkow).

Lukas und **Priser.** *Experimentelle Studien über Masern bei Affen.* (Journ. of Med. Res., 1912, S. 181.)

Angeblich gelungene Übertragung von Masern auf Affen. (Macacus rhensus). Inkubationszeit, Fieber, Konjunktivitis, Rhinitis, Hauteruptionen, Koplikssche Flecke.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Aronson und **Sommerfeld** (Berlin). *Die Giftigkeit des Harns bei Masern und anderen Infektionskrankheiten.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 1733.)

Die Autoren fassen ihre Untersuchungen folgendermaßen zusammen:

1. Im Harn Masernkranker findet sich konstant ein hitzebeständiges, dialysables Gift, das bei intravenöser Injektion Meerschweinchen und Kaninchen akut tötet oder mindestens sehr schwer krank macht.

2. Harn von anderen Infektionskrankheiten (Typhus, Tuberkulose, Diphtherie, Pertussis, Scharlach) enthält kein Gift. Dagegen verhält sich der Urin bei Serumexanthemen und bei manchen klinisch nicht genau zu klassifizierenden Exanthemen (Fourth disease?) ebenso wie bei Masern. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Anderson and **Goldberger.** *Recent advances in our knowledge of measles.* (Neuere Fortschritte in unserer Kenntnis der Masern.) (Americ. Journ. Dis. Children, Juli 1912.)

Das Blut Masernkranker beginnt wenigstens 24 Stunden vor dem Ausbruch des Exanthems infektiös zu sein und bleibt es 2 bis 3 Tage. Das Gift passiert den Berkefeld Filter, wird durch Erhitzung auf 55° zerstört, bleibt bei 15° noch nach 24 Stunden etwas virulent und widersteht dem Frieren ebensolang. Das Nasen- respektive Rachensekret des masernkranken Menschen ist für Affen in den ersten 2 Tagen des Ausschlages infektiös, die Schuppen gar nicht; doch wäre es wohl gewagt, davon auf die Infektion des Menschen definitive Schlüsse zu ziehen. Wachenheim (New York).

Kolmer. *Leucocytic inclusion bodies with special reference to scarlet fever.* (Einschlußkörper in Leukozyten mit speziellem Nachweis zum Scharlachfieber.) (Americ. Journ. Dis. Children, Juli 1912.)

Die Einschlußkörper bestehen aus Plastin, wahrscheinlich Spongioplastin, und stehen mit der Gegenwart von Streptokokken in Zusammenhang; man findet sie in den Polymorphozyten in fast allen Fällen von Scharlachfieber in den ersten 3 Krankheitstagen, wonach sie schnell abnehmen, um am 9. Tage ziemlich konstant zu verschwinden. Man findet sie gleichfalls fast in der Hälfte von Diphtherie, ebenfalls in den ersten 3 Tagen, und dasselbe trifft bei allen Streptokokkeninfektionen zu. Sie haben also einen limitierten diagnostischen Wert, dabei helfen sie indes bei der Unterscheidung von Serumkrankheit, Masern, Röteln und toxischen Ausschlägen, wo sie fehlen, weil Streptokokken nicht im Spiele sind.

Wachenheim (New York).

O. Szekeres. *Über die Behandlung der Skarlatina mit polyvalentem Antistreptokokkenserum nach Moser.* (Wiener. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 24, S. 914.)

Bericht über das Resultat der Scharlachbehandlung mit Moser-Serum bei 16 Fällen der Budapester Universitätskinderklinik. Von den injizierten Fällen waren 2 mittelschwer, 9 schwer, 3 schwer-letal, 2 außerordentlich schwer; ein Kind wurde am ersten, 2 am zweiten, 7 am dritten und 6 am 4. Krankheitstage behandelt. Die Seruminjektion (200 cm^3) bewirkte in den meisten Fällen eine auffallende, in allen Fällen eine nachweisbare Besserung. Die Wirkung war hauptsächlich antitoxischer Natur und bestand im Verschwinden der zerebralen, nervösen Erscheinungen, im plötzlichen Sinken der Temperatur und dem Kräftigerwerden der Herztätigkeit. Langsamer war die Besserung bei den Kindern mit ausgedehntem, schwerem Lokalbefund in Rachen und Nase. Krankheitsdauer und Komplikationen wurden nicht beeinflußt (4 mal Nephritis, 3 mal vereiternde Lymphadenitis, 1 mal leichte Polyarthritis). Von Interesse sind auch die Erfolge der prophylaktischen Injektionen bei Kindern, welche in besonderem Maße der Scharlachinfektion ausgesetzt waren. v. Bókay sah im Jahre 1908 von 18 prophylaktisch injizierten Kindern zwei erkranken. Szekeres injizierte 22 Kindern (je 15 bis 20 cm^3); sämtliche blieben scharlachfrei. Serumerscheinungen traten bei den therapeutisch behandelten Fällen in 63%, bei den prophylaktisch behandelten in 32% auf. Verf. glaubt, daß das Erscheinen der Serumkrankheit nicht nur vom Individuum abhängig ist, sondern daß auch die Individualität des Pferdes, dem das Serum entnommen ist, eine Rolle spielt.

Reuß (Wien).

Lenzmann. *Über die Beeinflussung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektionen.* (Med. Klin., Nr. 17.)

Da Scharlach zu den Infektionen gehört, bei denen es manchmal zu einer der Wassermannschen ähnlichen Reaktion kommt, glaubte Verf. Veranlassung zu haben, Salvarsan bei Scharlach therapeutisch

zu versuchen. Er injiziert intravenös und wiederholt diese Prozedur mehrere Male. Der Heileffekt ist seiner Meinung nach evident. Temperatur und Puls werden in stets gleicher Weise günstig beeinflußt, das Exanthem gelangt nicht zur Entfaltung, die Rachenaffektion verläuft rascher, und jegliche Nachkrankheiten und Komplikationen bleiben aus. Steinitz.

F. Umber. *Scharlachartige Serumexantheme und ihre Unterscheidung vom echten Scharlach durch die Ehrlichsche Amidobenzaldehydreaktion im Harn.* (Med. Klin., 1912, Nr. 8.)

Bei der letzten Hamburger Diphtherieepidemie beobachtete Umber in auffallend großer Zahl der gespritzten Fälle (45·2%) Serumkrankheit, die oft von echtem Scharlach nicht zu unterscheiden war. (Exanthem, Himbeerzunge, Fieber, Allgemeinerscheinungen, Nephritis.) Zur praktischen Unterscheidung dieser beiden Krankheitsformen erwies sich die Ehrlichsche Amidobenzaldehydreaktion im frischen Harn als sehr brauchbar. Sie fiel unter 96 Scharlachfällen 93mal positiv, unter 60 Fällen von scharlachartigem Serumausschlag 59mal sicher negativ aus. Steinitz.

P. Gautier. *Note sur 150 cas de scarlatine observés à la clinique infantile de Genève.* (Rev. méd. de la Suisse romande, Nr. 8, 1912.)

1. Im Blute von mehr als 30 Untersuchten fanden sich nur einmal Streptokokken.

2. In 61% der Fälle verlief die Skarlatina ohne Komplikationen.

3. Bei 3 Kindern wurden Rezidive, 9, 19 und 30 Tage nach dem Auftreten des ersten Exanthems beobachtet.

4. Lymphadenitiden kamen bei 6 Kindern vor.

5. 13 Kinder erkrankten an Otitis, besonders am rechten Ohre, von denen alle bis auf eine ohne Komplikationen ausheilten.

6. 3mal mußte wegen Mastoiditis trepaniert werden.

7. Bei 8 Kindern traten Gelenkaffektionen auf mit Fieber. Unter Salizyl heilten alle aus, ohne das Herz in Mitleidenschaft zu ziehen.

8. Nephritis kam nur bei 1 Knaben am 25. Krankheitstage vor; Heilung.

9. 5 Kinder erkrankten am 3. bis 9. Tage an Pneumonie mit langsamer Lösung und langsamem Temperaturabfall; 2 Todesfälle.

10. Diphtherie wude 5mal beobachtet.

11. Varizellen traten im Verlaufe der Skarlatina bei 6 Kindern auf.

12. Bei 10 Scharlachkindern brachen am 19. bis 30. Krankheitstage Masern aus; 2 starben an Bronchopneumonie.

13. Die Mortalität beträgt 4% (6 Kinder). Reber (Basel).

Martin Kretschmer (Straßburg). *Über die Eukalyptusbehandlung von Scharlach und Masern.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 33.)

Das Milnesche Verfahren erfüllt die in bezug auf Prophylaxe und Therapie darauf gesetzten Erwartungen von Scharlach und

Masern in keiner Weise und kann daher nicht empfohlen werden. (Erfahrungen der Straßburger Universitätskinderklinik.) Klotz.

v. Drigalski (Halle). *Zur Epidemiologie und Bekämpfung der Diphtherie.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, S. 1791.)

Eingehende, höchst interessante Darstellung der Diphtheriebekämpfung und ihrer guten Erfolge in Halle; das Studium der Originalarbeit sei dringend empfohlen.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

O. Bénesi. *Ein Beitrag zur Diphtherie des Mittelohrs.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 37, S. 1385.)

Mitteilung eines Falles von chronischer Mittelohreiterung (19jähr. ♀), bei welchem im Eiter mikroskopisch und kulturell Diphtheriebazillen nachgewiesen werden konnten. Die Patientin hatte früher nie an Diphtherie gelitten. Reuß (Wien).

W. Leede (Hamburg). *Die Tracheotomia inferior mit kleinem queren Hautschnitt bei Diphtherie und ihre Nachbehandlung.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 23.)

Leede macht möglichst kleine Hautschnitte, um Hautnähte zu vermeiden. Wie es nach Lage der Dinge nicht zu einer prima intentio kommen kann, vereitern die Nähte gewöhnlich und klaffen. Kleinste Hautschnitte erzielen ideale Narben. Leede legt ferner die Gründe dar, die ihn bewogen haben, stets die Tracheotomia inferior zu machen. Er hat die gefürchtete Gefäßarrosion nur einmal unter 350 Fällen erlebt. (Vergleiche das folgende Referat.) Die Trachea quer zu eröffnen, wird von Leede widerraten. Das quergestellte Messer kann in die Gefäße fahren, die Pars membranacea kann ein- oder gar quer durchrissen werden bei Kanülenwechsel. Die alte vertikale Schnittführung bleibt die empfehlenswerteste; dekanüliert man früh, dann vermeidet man Stenosen. Die ausführlichen technischen Darlegungen des Verf. sind im Original nachzulesen. Interessant sind seine statistischen Daten. Von 7 Tracheotomierten des 1. Jahres starben 6, von 95 des 1. bis 5. Jahres 52, von 41 des 5. bis 15. Jahres 13, von 5 des 15. bis 25. Jahres 3. Die Mehrzahl der Verstorbenen hatte den Streptococcus pyogenes im Blute.

Klotz.

K. Blühdorn (R. Virchow-Krankenhaus, Berlin). *Unsere Diphtherieerfahrungen 1910/11.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 23.)

Aus der Arbeit geht hervor, daß die Serumbehandlung unzweifelhaft günstig auf schwere Diphtherien wirkte. Von 151 am 1. oder 2. Tage aufgenommenen zumeist Schwerkranken starben 4. Bei starker Membranbildung wurde von vornherein hochwertig — und eventuell am nächsten Tage erneut — injiziert (9000 Einheiten).

Bei schweren Lähmungen, auch bei Herzschwäche hatten höchste Gaben (20 bis 30 Mille) keinen Erfolg. In 12% der Gesamtfälle von Diphtherie kam es zu Komplikationen. Von 35 Tracheo-

tomierten kamen 15 zum Exitus, darunter eine tödliche Blutung aus der Vena anonyma bei Tracheotomia inferior. (Vergleiche die Arbeit von Leede!) Die Gesamtletalität betrug zirka 11%. Der größte Teil der Todesfälle betraf spät eingelieferte, maligne Diphtherien. Des Karbolzusatzes halber injiziere man pro Tag nicht mehr als 9000 Einheiten, man kann die Dosis aber, wenn nötig, in den folgenden Tagen wiederholen. Es fand ferner bei schweren Fällen ein kontinuierlicher Wasserstoffsuperoxydspray Verwendung. Bei Herzschwäche Epirenan subkutan 1 bis 5 cm³ pro Tag. Klotz.

Réné Porak. *A propos d'un cas de paralysie diphthérique grave guérie par la sérothérapie.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 314.)

Ein schwerer Fall von diphtherischer Lähmung, der mit Somnolenz einherging, erweckte den Verdacht einer Meningitis tuberculosa, weil die diphtherische Angina der Umgebung verborgen geblieben war. Die Gaumensegellähmung legte jedoch die Möglichkeit einer Diphtherie nahe. Die zweimalige Injektion von 10 cm³ Diphtherieserum in den Wirbelkanal führte eine schnelle Heilung der Lähmungen herbei. Die bei der 1. Injektion gewonnene Lumbalflüssigkeit war sehr zellarm; die bei der 2. Injektion abgelassene Flüssigkeit enthielt 250 weiße Blutzellen im Kubikmillimeter. Eine solche Reaktion auf die Einführung eines artfremden Serums ist bei tuberkulöser Meningitis nicht zu beobachten. R. Weigert.

Victor Veau. *Un nouvel intubateur de Moreaux.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 293.)

Der neue Intubationsapparat soll die Steigerung der Atemnot verhindern, die bei den bisherigen Systemen gerade im Momente des Einführens des Tubus in den Larynx entsteht. Die Verbesserung beruht auf der Verwendung eines durchbohrten Mandrins, auf der neuartigen Verbindung von Tubus und Mandrin, deren Lösung automatisch erfolgt, auf dem Anbringen einer Signalpfeife im Tubus, durch die die „rechte Lage" in der Rima glottidis nach dem Einführen angezeigt und das für den Patienten quälende Palpieren mit dem Finger des Operateurs erspart wird. R. Weigert.

Camus. *Über den Wert der passiven Immunisation gegen Pocken.* (Compt. rend. de l'acad. de scienc., 1912, Nr. 3.)

Er ist gering. Den besten Schutz bewirkt die Vakzination. Zur passiven Immunisierung von Kaninchen waren 37 cm³ Serum nötig, das würde einer Menge von 2·5 l für den Menschen entsprechen.
Th. Messerschmidt (Straßburg).

Engelbrecht. *Ursprung der Lepra.* (Dermatol. Wochenschr., 1912, S. 700 u. 723.)

Ziegen vermögen Lepra auf Menschen zu übertragen. In Lepragegenden müssen sie daher auf Lepra untersucht und eventuell getötet werden. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Newberger. *Tetanus as a complication of burns.* (Tetanus als Komplikation bei Verbrennungen.) (Americ. Journ. Dis. Children, Juli 1912.)

Verf. gibt umfangreiche Statistik über 49 Fälle, davon etwa ein Drittel bei Kindern: diese Zahl ist eigentlich recht klein in Betracht der enormen Häufigkeit schwerer Verbrennungen. Körperverbrennungen, besonders im Sommer, sind zu dieser Komplikation speziell disponiert. Wachenheim (New York).

Fromme (Berlin). *Über die spezielle Behandlung der weiblichen Gonorrhoe.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, S. 977.)

Das Gonokokkenvakzin Arthigon nach Bruck und Reiter hat diagnostisch und therapeutisch in frischen Fällen keine Bedeutung. Günstige Beeinflussung war in abgekapselten Herden zu verzeichnen. Bei kindlicher Vulvovaginitis gonorrhoica sah Lehmann (Berl. klin. Wochenschr., 1912, S. 1051) keinen Einfluß.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Sakaguchi und **Watabiki.** *Kutane Reaktion bei Gonorrhöekranken.* (Dermatol. Wochenschr., 1912, S. 717.)

Bestehende oder geheilte Gonorrhöe ist durch Impfung mit einem Gonotoxin nicht zu diagnostizieren (siehe Bruck).

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Ladd. *Vaccines in the treatment of pertussis.* (Vakzinebehandlung des Keuchhustens.) (Arch. of Ped., August 1912.)

Proben von Reinkultureinimpfung des Bordetschen Bazillus an 9 Fällen ergaben zweideutiges Resultat, das noch viel umfangreicher Nachprüfung bedarf. Wachenheim (New York).

A. Galisch. *Zur Frage der Versorgung stickhustenkranker Kinder.* (Med. Klin., Nr. 12.)

Verf. spricht sich dagegen aus, daß Kurorte oder Anstalten gegründet werden, in denen keuchhustenkranke Kinder Aufnahme finden. Er hat nämlich gefunden, daß der Keuchhusten bei einzigen Kindern leichter verläuft als dort, wo Ansammlungen von Kindern sind, da durch Sehen und Hören von Anfällen oft Paroxysmen ausgelöst werden. Außerdem meint er aber, daß der von mehreren Keuchhustenkranken in vermehrter Menge ausgehustete und sich anhäufende Krankheitsstoff den Krankheitsverlauf des einzelnen verzögert. Er kommt deswegen zu der merkwürdigen Forderung, einem Keuchhustenkranken 2 Zimmer einzuräumen. Nach jedem Anfall soll das eine Zimmer gewechselt und das verlassene gründlich gelüftet werden!

Steinitz.

Noguchi (New York). *Reinzüchtung der Spiroch. des europäischen, des amerikanischen und des afrikanischen Rückfallfiebers.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 1937.)

Diese Blutspirochäten können eine gewisse Sauerstoffzufuhr in der Kultur nicht entbehren; sie sind „aërotrope Anaëroben". Die

Züchtung gelang im angegebenen Aszites-Nährboden (cf. Original). Ein Stamm lebt in der 29. Generation (zirka 6 Monate).

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Thomsen und **Magnussen.** *Über spezifische Antikörper bei Echinokokken.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 25.)

Positive Komplementbindungsreaktion bei 10 von 12 Echinokokkenkranken. Th. Messerschmidt (Straßburg).

P. Klemm. *Über die Gelenkosteomyelitis, speziell die osteomyelitische Coxitis.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. XCVII, 1912, S. 414.)

Bericht über 56 Fälle epiphysärer Osteomyelitis des Kindesalters, darunter 43 Fälle am Hüftgelenk, bei Klemms Material etwa $^1/_5$ aller Osteomyelitisfälle. Die Erreger waren 24mal Staphylokokken, 18mal Streptokokken, 12mal Pneumokokken, je 1mal Coli und Typhus. Der anatomischen Form nach unterscheidet Verf. die diffuse und die herdförmige Form. Das Exsudat im Gelenke zeigt alle Formen von serösem bis eitrigjauchigem Charakter, bei gut abgekapselten Herden in der Tiefe der Epiphyse tritt es manchmal nur in Form des Hydrops intermittens auf. Verf. glaubt, daß manche Fälle von Coxa vara auf spontan geheilte (ausgeheilter Knochenherd, resorbiertes Gelenkexsudat) epiphysäre Osteomyelitiden zurückzuführen sind, bei denen nur eine größere Weichheit des Knochengewebes des Caput et coll. fem. zurückblieb. In diagnostischer Hinsicht ist wichtig, daß Luxation in akuten wie chronischen Fällen besonders in Form fester extraartikulärer Ankylosen sicher für Osteomyelitis spricht. Verkürzung des kranken Beines bei Tuberkulose pflegt auf Pfannenwanderung zu beruhen.

Von 31 akuten Fällen starben trotz Operation 15, von 12 chronischen Fällen 2. Die Operation bestand stets in Resektion.

Schiller (Karlsruhe).

Matti. *Über einen Fall von Fistula colli mediana, hervorgegangen aus einem in ganzer Länge offen gebliebenen Ductus thyreoglossus.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. XCV, S. 112.)

5jähriger Knabe. Exstirpation des Ductus thyreoglossus, der hinter dem Zungenbeinkörper vorbeizog. Schiller (Karlsruhe).

Morse. *Some unusual cases of narrowing of the esophagus in childhood.* (Ungewöhnliche Fälle von Ösophagusstenose im Kindesalter.) (Arch. of Ped., Juli 1912.)

Verf. beschreibt 4 Fälle von angeborener Ösophagusstenose, die gelegentlich mit der angeborenen Okklusion der Speiseröhre in Verwandschaft steht, manchmal dagegen als Kardiospasmus aufgefaßt werden muß. Bei der Differentialdiagnose, die für die Prognose von spezieller Bedeutung ist, hat das Röntgenbild, nach Wismutaufnahme, besonderen Wert; durch die klinische Beobachtung allein sind die beiden Typen von Schlingbeschwerden schwer zu trennen.

Zweckmäßige Behandlung in bezug auf Diät gibt natürlich bei der spastischen Form eine bedeutend bessere Prognose.

Wachenheim (New York).

D'Oelsnitz (Nizza). *La recherche de la transsonance sterno-vertébrale chez les enfants. La valeur pour le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 317.)

Das Verfahren besteht in der direkten Auskultation der Hals- und Brustwirbelsäule, während das Sternum direkt mit dem rechten Mittelfinger mit wiederholten, kleinen, kurzen Schlägen perkutiert wird. Dabei gibt bei gesunden Kindern das Sternum oberhalb des 3. Interkostalraumes einen weichen, gedämpft entfernt klingenden, unterhalb einen scharf abgegrenzten, helleren Ton. Bei Kindern mit Mediastinaldrüsenschwellungen erscheint der Ton dem Ohre viel näher, ist weit heller und lauter und klingt wie eine angeschlagene, gespannte Pergamentmembran. Dieser Ton kann so laut und dem Ohre so nahe klingen, daß er eine unangenehme Gehörsempfindung auslöst. Er ist nicht immer durch Beklopfen des ganzen Sternums, sondern bisweilen nur in einem bestimmten Segment hervorzurufen. Auch die Transsonanz der Lungenspitzen ist in gleicher Weise einer Prüfung zugänglich und kann im Erkrankungsfalle wertvolle Ergebnisse liefern. Die Auskultation erfolgt hier in der oberen Grätengrube, während die Klavikel direkt perkutiert wird. Das Verfahren muß durch die übrigen klinischen Untersuchungsmethoden und die Radioskopie kontrolliert werden. R. Weigert.

Guinon. *Lymphangiome congénital hémilatéral da la langue.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 162.) R. Weigert.

Bierhoff. *Notes on conditions resulting from ritual circumcision.* (Folgen der rituellen Beschneidung.) (Med. Journ., New York, 18. Mai 1912.)

Verf. weist speziell auf störende Narbenbildungen hin: er führt diese auf unrichtige Ausführung der Operation zurück und bespricht ihre Behandlung. Wachenheim.

Sarfels. *Die Störungen des Bewegungsapparates im Kindesalter.* (Vortrag am 22. livl. Ärztetage in Pernau, 1912.) (St. Petersburger med. Zeitschr., 1912, Nr. 8, S. 121.)

Es werden besprochen: angeborene Hüftverrenkung, Klumpfuß, kongenitale Defekte, Spaltbildungen und überzählige Bildungen, Geburtsverletzungen, rachitische Deformitäten, Folgen der Kinderlähmung, tuberkulöse Knochen- und Gelenkserkrankungen, Osteomyelitis, juvenile Belastungsdeformitäten, Frakturen und Luxationen.

Reuß (Wien).

O. Ebert. *Nierensteine im Kindesalter.* (Med. Klin., Nr. 10.)

Bei einem 6jährigen Knaben traten typische Nierensteinkoliken auf. Die Röntgenaufnahme ergab den typischen Schatten eines

Steines, der auch durch die Pyelolithotomie entfernt werden konnte. Im Anschluß an den mitgeteilten Fall bespricht Verf. die Klinik der kindlichen Nierensteine. Steinitz.

N. Guleke (Straßburg). *Die Förstersche Operation.* (Kritisches Übersichtsreferat.) (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 31/32.)

Die mit großer Sorgfalt ausgeführte Arbeit sei aufs wärmste zur Lektüre empfohlen. Zum Referat eignet sie sich erklärlicherweise nicht. Klotz.

B. Baisch (Heidelberg). *Fortschritte in der chirurgisch-orthopädischen Behandlung der spinalen und zerebralen Kinderlähmung.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 39.)

Gutes Fortbildungsreferat. Klotz.

Fritz Lange (München). *Die Entbindungslähmung des Armes.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 26.)

Neben den bekannten typischen Plexuslähmungen gibt es noch eine zweite Gruppe sogenannter Entbindungslähmungen, bei denen keine eigentliche Lähmung besteht, trotzdem der Oberarm nicht aktiv und passiv nach außen rotiert werden kann und in der Hebung nach hinten beschränkt ist. Diese Kontraktur ist bedingt durch eine Distorsion des Schultergelenkes, eine Kapselschädigung sub partu mit folgender Schrumpfung. Anfangs gebrauchen die Säuglinge den Arm infolge des Schmerzes nicht, später wird der Nichtgebrauch zur Gewohnheit. Der Arm bleibt im Wachstum zurück, wird schwächer und ungeschickter. Die Hand hängt öfter schlaff herab, wodurch eine Radialislähmung vorgetäuscht wird. In Wirklichkeit sind aber der Nichtgebrauch und die natürliche Schwere der Grund hierfür. Die Diagnose ist zumeist leicht zu stellen (für den Kliniker!) durch elektrische Untersuchung, Röntgenbild. Vor allem durch die Tatsache, daß Außenrotation und Hebung nach hinten vornehmlich schmerzhaft sind, während Hebung nach vorne und Abduktion schmerzlos geschehen können.

Die Behandlung des akuten Stadiums ist zunächst eine abwartende, symptomatische (Bleiwasseraufschläge, Fixation). Dann aber muß bald der drohenden Kapselschrumpfung begegnet werden. Zunächst ist der Arm in bestimmter Position (cf. Abbildung) zu fixieren, am besten durch Gipsbett, später muß massiert usw. werden. Damit der kranke Arm dann möglichst ausgiebig gebraucht wird, empfiehlt Lange, den gesunden am Thorax anzubandagieren.

Kommt das Kind erst in Behandlung, nachdem bereits die Kapselschrumpfung voll entwickelt ist, so ist im ersten, vielleicht auch noch zweiten Jahre das unblutige Redressement zu versuchen. Bei noch älteren Fällen wird blutig behandelt: Osteotomie des Humerus und Auswärtsdrehung des distalen Fragmentes, um die starre Innenrotation zu beheben.

Bei echten Entbindungslähmungen mit noch erhaltener elektrischer Erregbarkeit des Muskels ist die operative Freilegung des

Plexus angezeigt, um einschnürendes Narbengewebe zu beseitigen und zerrissene Nervenfasern zu vereinigen. Ist die Muskulatur bereits degeneriert und das Nervenbündel völlig zugrunde gegangen, dann kann durch eine Sehnentransplantation immer noch eine weitgehende funktionelle Besserung erreicht werden. Klotz.

J. Roux (Cannes). *Chorée et Infektion.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 165.)

Eine Chorea schloß sich an eine fieberhafte Angina, die von einer Kolitis begleitet war, an. Das Herz blieb intakt. Als die Erkrankung bereits im Ausklingen war, trat ein wenige Tage dauernder Anfall von Asthma bronchiale auf. Diesen bezieht Verf. auf Schwellungen der Bronchialdrüsen, deren klinischen Nachweis er allerdings schuldig bleibt. Der Vortragende wirft die Frage auf, ob nicht alle 4 Affektionen, die das Kind hintereinander durchzumachen hatte, einen gemeinsamen Erreger haben, und zwar einen wenig virulenten Tuberkelbazillus.
R. Weigert.

J. Zappert. *Zur Prognose der Epilepsie.* (Med. Klin., 1912, Nr. 6.)

Auf Grund einer kleinen Kasuistik, die er kurz mitteilt, kommt Verf. zu dem Schlusse, daß im Kindesalter wohl die Diagnose epileptiformer Anfälle, aber nicht die einer Epilepsie gestellt werden dürfe, da Fälle keineswegs selten sind, in denen ausgesprochene epileptische Anfälle unter Behandlung oder spontan auf Jahre, vielleicht für immer verschwinden. Die Prognosenstellung der Epilepsie muß demnach etwas milder gehandhabt werden. Steinitz.

Hans Maier (Zürich). *Versuche mit einer neuen Art der Bromdarreichung bei salzarmer Kost (Sedo-Roche).* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 36.)

Maier verwendete in der Züricher psychiatrischen Klinik ebenso wie Ulrich die Sedotabletten mit sehr gutem Erfolg. Es traten auch bei 4 Tabletten pro Tag nie psychisch-toxische Erscheinungen auf. Maier macht besonders auf die für die Patienten angenehme Tatsache aufmerksam, daß die Sedobehandlung es ermöglicht, die Bromdarreichung zu kaschieren. Der Kranke wird ferner nicht unaufhörlich durch die Medizinflasche an seine Epilepsie erinnert, ein bei Neuropathen gewiß beachtenswerter Vorteil. Klotz.

A. Ulrich (Zürich). *Mitteilungen über fünfjährige Erfahrungen der Epilepsiebehandlung bei salzarmer Kost.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 36/37.)

Ulrich steht auf dem Standpunkte, daß Chlorentzug die Wirkung von Brom steigert, daß für den Epileptiker die salzarme Kost von Wert ist, aber jahrelang durchgeführt werden muß, um von erfolgreichen Bromkuren sprechen lassen zu können. Er führt außerordentlich beweisende Krankengeschichten für die Wirksamkeit der salzlosen Kost an.

Die Nachteile der chlornatriumarmen Kost sind ihre Fadheit und mitunter technisch schwierige Durchführbarkeit; ferner das Zurückgehen des allgemeinen Ernährungszustandes.

Die konsequente Durchführung der salzarmen Kost führt ferner bei einigen Kranken zu einer Salzempfindlichkeit, die sich in Steigerung der Anfälle bei einem Plus an Kochsalz äußert, oder im Bromismus bei einem kleinen Plus von Brom. Endlich droht stark „entchlorten" Epileptikern die Bromkachexie.

Ulrich wendet daher nur mehr die moderierte salzarme Kost an, die 5 bis 12 g Kochsalz pro Tag enthält. Um den faden Geschmack der salzarmen Kost, besonders der Suppen, zu beheben, hat er Tabletten herstellen lassen, die 2 g schwer sind und 1·1 Natr. bromat., 0·1 Natr. chlorat. und im Reste pflanzliche Extraktivstoffe enthalten. Eine solche „Sedobrol"-Tablette in 100 bis 200 g heißem Wasser aufgelöst, gibt eine kochsalzarme wohlschmeckende Suppe. Massenversuche ergaben ein auffallend gutes Resultat. Ceteris paribus treten bei 100 Epileptikern in 3 Monaten bei salzhaltiger Kost 2184 Anfälle auf, bei salzloser Kost 1533 und bei Sedobrolbehandlung 1002! Klotz.

A. Souček. *Ein Fall von vasomotorischer Hemiplegie.* (Wiener. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 27, S. 1044.)

Ein 10jähriger Knabe erleidet im Anschluß an das Turnen einen apoplektischen Anfall mit folgender Lähmung der rechten Körperhälfte. Die Hemiplegie, welche mit heftigem Schmerz in der linken Schläfengegend einhergeht, heilt nach dreitägigem Bestand restlos ab. Da es sich um einen sogenannten Vasomotoriker mit labilem Gefäßnervensystem handelt, wird die Hemiplegie auf eine durch einen Gefäßkrampf hervorgerufene Hirnischämie zurückgeführt und mit ähnlichen Zuständen, wie sie bei Erwachsenen im Migräneanfall beschrieben wurden, in Beziehung gebracht.

Reuß (Wien).

Reuben. *Mental deficiency.* (Geistige Minderwertigkeit.) (Arch. of Ped., August 1912.)

Die Untersuchungen des Verf. umfassen 300 Fälle. Man fand bei bloß 81 einfache Minderwertigkeit, bei 73 Mongolismus, bei 44 Mikrozephalie, 42 Hydrozephalus, 18 Kretinismus.

Wachenheim (New York).

Fürsorge.

A. Weber (Alsfeld). *Zur Milchversorgung auf dem Lande.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 23.)

Die Säuglingssterblichkeit in Stadt und Kreis Alsfeld ist gering. Verf. sieht einen wichtigen Grund hierfür in dem gewaltigen Aufschwung, den die Ziegenzucht genommen hat, so daß die Gefahren,

die von unzureichender Kuhmilchversorgung drohen, ausgeschaltet werden. Er macht darauf aufmerksam, daß die Spezies der Ziege jedoch nicht gleichgültig (statt langhaariger, dunkler Ziegen, weiße, kurzhaarige Rassen) und ferner Weidegang nötig ist. Bei der Wahl der Weide ist darauf zu achten, daß dieselbe von Giftpflanzen, deren Toxine usw. in die Milch übergehen, frei ist.

Es ist durchaus richtig, die Verbreitung der Ziegenzüchterei zu wünschen und zu fördern. Die Gefahren einer zersetzten, verschmutzten, Infektionskeime aller Art enthaltenden Markt- oder Molkereikuhmilch wären auf ein Minimum reduziert, wenn jeder künstlich genährte Säugling seine Milch frisch vom Euter der eigenen Milchziege bekäme. Ganz unsinnig wäre natürlich die Idee, Ziegenmilchmolkereien zu gründen, ganz abgesehen von dem hohen Preis einer solchen Milch. Es ist mir unverständlich, wie man auf der Konferenz über die Verwendbarkeit der Ziegenmilch als Säuglingsnahrung an Stelle von Kuhmilch (vergleiche Beiheft der Zeitschrift für Säuglingsschutz, April 1912) im Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus auf pädiatrischer Seite so großes Gewicht auf die Erforschung des Säuglingsstoffwechsels unter Ziegenmilchernährung legte und gewissermaßen diesen Punkt erst geklärt wissen wollte, bevor man die Ziegenmilch auf die „positive" Liste setzte. Was erwartet man denn eigentlich noch für das Problem der künstlichen Ernährung von der Ziegenmilch für gewichtige Stoffwechselgeheimnisse? Seit Jahrhunderten wurden Säuglinge mit Kuhmilch wie mit Ziegenmilch ernährt und gediehen und gediehen nicht. Aber irgend ein in die Augen fallender Unterschied im Ernährungserfolg zwischen beiden Milchen hat sich bis heute nicht geoffenbart. Auch heutigentags werden Tausende von Säuglingen mit Ziegenmilch ernährt, unbekümmert darum, daß das Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus noch mit Ziegenmilchstoffwechselversuchen im Rückstande ist. Was wollen denn auch für weitgehende Differenzen in bezug auf Resorption und Retention von zwei Tiermilcharten zu erwarten sein, die nur quantitativ innerhalb recht bescheidener Grenzen in ihrer Zusammensetzung voneinander abweichen! Ein Diskussionsredner denkt gar an das Lezithin, welches möglicherweise der Ziegenmilch zu besseren Ernährungsresultaten verhilft! Die Praxis hat längst ergeben, daß Ziegenmilchernährung bei gesunden Säuglingen dieselben Resultate zeitigt wie Kuhmilch. Und bei kranken? Schon im Jahre 1902 hat Czerny sich dahin geäußert, daß „wir keine wesentlichen Unterschiede an den kranken Säuglingen beobachten konnten, wenn wir sie mit gekochter Kuhmilch oder gekochter Ziegenmilch ernährten". Und bei roher Ziegenmilch waren die Erfolge (bei kranken Säuglingen) „so wenig befriedigend, daß wir nicht beabsichtigen, noch einmal die Versuche aufzunehmen". Vielleicht werden sie doch noch einmal aufgenommen, denn damals stand, nach Langstein, „die Ernährungslehre des Säuglings nicht auf der Höhe wie heute". Da im Sommer die Säuglinge der Breslauer Klinik Czernys (zirka seit 1900) mit Ziegenmilch ernährt wurden, so sind die meisten Stoffwechselversuche der Breslauer Schule, wenigstens soweit sie im Sommer angestellt wurden, mit Ziegenmilch

ausgeführt. Und glaubt man wirklich, daß erneute, ein- oder zweiwöchige Stoffwechselversuche an Stelle der traditionellen dreitägigen die Hebel und Schrauben sind, mit denen man der Physiologie und Pathologie des Säuglingsstoffwechsels noch große Geheimnisse abzwingen könnte!

Das Prinzipielle der Ziegenmilchfrage ist durchaus gelöst und es wäre zu begrüßen, wenn es bald dahin käme, daß die Ziege im Stalle es dem Minderbemittelten erlauben würde, im Sommer immer eine tadellose billige Vorzugsmilch für den Säugling zur Verfügung zu haben. Klotz.

Berichte.

Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien (Pädiatrische Sektion).

(Referent Dr. **B. Schick,** Wien).

Sitzung vom 2. Mai 1912.

Max Zarfl. „*Zwei Säuglinge mit Mongolenflecken.*" (Aus dem Niederösterr. Landeszentralkinderheim.)

Das eine Kind, 14 Tage alt, zeigte einen schiefergrauen Pigmentfleck, der sich in Form eines schmalen Bandes über das Kreuzbein auf den untersten Abschnitt der Lendenwirbelsäule fortsetzt.

Das zweite Kind, 10 Monate alt, zeigte vier blaugraue Pigmentflecke in der Lenden- und Kreuzbeingegend. Kinder und Mutter sind von dunkler Haar- und Hautfarbe, haben stark pigmentierte Iris. Zarfl hat im Laufe eines Jahres 6 Fälle beobachtet. Es fällt auf, daß entweder Vater und Mutter oder wenigstens einer von beiden aus Ungarn, aus den Marchniederungen Niederösterreichs, aus Mähren oder Schlesien stammen. In allen diesen Gebietsteilen haben im 13. Jahrhundert zur Zeit des Mongolenvorstoßes Rassenmischungen stattgefunden. Vielleicht hängt das Vorkommen der Mongolenflecken in diesen Gegenden damit zusammen.

Max Zarfl. „*Angeborene Darmstenose bei einem 2½ Monate alten Säugling.*" (Durch eine Abknickung im untersten Dickdarm abnorm lange Flexura sigmoidea.)

Schon gleich nach der Geburt fiel an dem Kind der große meteorisch aufgetriebene Bauch auf. Das Kind nahm anfangs keine Nahrung zu sich, setzte kein typisches Mekonium ab, sondern nur kleine Mengen eines braunen schmierigen Stuhles. Nach Einführung eines Darmrohres am 5. Lebenstage ging viel Gas und Stuhl ab, der Ballenbauch schwand. Am nächsten Tage war aber wieder das alte Bild vorhanden mit Zeichen von Darmstenose (Steifung der Darmschlingen, sichtbare Peristaltik.) Von da ab mußte wiederholt das Darmrohr eingelegt werden, denn bei Weglassen desselben stellten sich wieder alle Beschwerden ein. Ende März ließ Zarfl das Darmrohr dauernd liegen. Das Kind erholte sich auffallend, so daß man sich entschloß, Ende April neuerlich zu versuchen, das Darmrohr wegzulassen, was von schlechten Folgen begleitet war. Es trat wieder Stuhlverstopfung, wiederholtes Erbrechen, großer Bauch, Nahrungsver-

weigerung auf, weshalb das Darmrohr wieder eingeführt und seitdem belassen wurde. Das Kind erholte sich wieder.

Zarfl erinnert an einen von Göppert beschriebenen ähnlichen Fall.

Silberknopf Oskar. *„Ein Fall von Hirschsprungscher Krankheit bei einem 1½ jährigen Knaben."*

Seit Geburt Obstipation, Stuhl meist nur auf Klysma zu erzielen. Bei Beklopfen des mächtig aufgetriebenen Bauches sieht man lebhafte peristaltische Bewegung, wobei sich das stark vergrößerte und erweiterte Colon descendens und transversum differenzieren lassen. Röntgenuntersuchung bestätigt die Vergrößerung und Verbreiterung des Kolons.

B. Mautner. *„14 jähriges Mädchen mit einer ziemlich gleichmäßigen bronzefarbenen Haut."*

Seit einem Jahre rasche zunehmende Braunfärbung der Haut und zunehmende leichte Ermüdbarkeit, so daß Patientin 3 Wochen im Bett lag. Es finden sich heute große aschgraue Plaques der Mundschleimhaut, graue Flecken an den Gingiven, grau-braune Flecken an der Zunge, bei dunkler diffuser Pigmentierung der Haut. Tuberkulinreaktion stark positiv.

Es bestehen sonst keinerlei Zeichen von Morbus Addisonii. Patientin hat überdies im Laufe eines Jahres um 10 kg zugenommen, was auf eine Tuberkulinkur zurückgeführt wird. Mautner meint, daß es sich wahrscheinlich um eine abnorm lange Remission bei Tuberkulose der Nebennieren handelt.

Wilhelm Knöpfelmacher. *„Ein 6jähriges Kind mit Bronchiektasie im Anschlusse an eine Aspiration eines Fremdkörpers in den rechten Bronchus."*

Dem Kinde wurde vor 2 Jahren von Chiari eine geknickte Drahtstange mittels Bronchoskop entfernt. Da der Ausgang solcher Fälle von Bronchiektasie infaust zu sein pflegt, wurden Stickstoffeinblasungen von 180 bis 320 cm versucht. Diese ohne Erfolg. Es bleibt jetzt nur die Resektion der Rippen, mit Eröffnung der im rechten Unterlappen gelegenen Höhle.

Alfred Deutsch. *„Ein Fall von Defektbildungen infolge amniotischer Verwachsungen."*

An der Haut des Rumpfes, der Extremitäten, der Nase und am Hinterhaupt fanden sich Gebilde, die wie Narben aussahen. Bei genauerer Betrachtung erkennt man, daß es sich nicht um Narben, sondern um Hautdefekte handelt. Es findet sich außerdem trichterförmige Einziehung der Haut oberhalb der Symphyse und eine fistelähnliche Öffnung oberhalb der Analöffnung. Es bestehen endlich Spaltbildungen im Bereich der Oberlippe, der linken Ohrmuschel und der linken Hand, der linke Bulbus fehlt. Ursache der Mißbildung sind Amnionverwachsungen.

Oppenheim bemerkt in dieser Diskussion, daß eigentlich 2 Arten von Hautveränderungen vorhanden sind, eine Aplasia cutis congenita und Anetodermia maculosa, beide durch Amnionverwachsungen bedingt. Die letztere Form besteht in der Bildung von säckchenartigen Vorstülpungen von verdünnter Haut. Diese sieht durch die Verdünnung rötlich aus und macht den Eindruck von schlaffen Blasen.

A. v. Reuß. *„Hämatom der Nebennieren bei einem Neugeborenen* (anatomisches Präparat)."

Am Ende des 2. Lebenstages Fieber und auffallende Blässe sowie Zyanose, Nahrungsverweigerung, Exitus am 6. Tage unter fortschreitendem Verfall, hochgradiger Blässe und wiederholtem Erbrechen. Bei der Obduktion ergab sich ein hühnereigroßes Hämatom der rechten Nebenniere mit Durchbruch in das retroperitoneale Zellgewebe und Infiltration des ganzen Gekröses. Kleines Hämatom der linken Nebenniere. Die Nebennierenhämatome dürften nicht so selten sein, als es den Anschein hat. Als Ursache wird Geburtstrauma angegeben, doch meint R e u ß, daß dies nur prädisponierend in Betracht kommt. Er rechnet die Erkrankung in das Gebiet der hämorrhagischen Diathesen der Neugeborenen.

A. v. Reuß. *„Ein Fall von spontan geheilter hämorrhagischer Erkrankung beim Neugeborenen."*

Starke Kopfgeschwulst über dem linken Scheitelbein, die allmählich zunahm. Am 3. Tag entwickelte sich eine zunehmende intensiv blaue Verfärbung der Haut bis über der Ohrmuschel und Augenlider. Es trat Nasenbluten auf. Zwei schwarze Stühle. Intensiver Ikterus. Allgemeinbefinden gut. Die Blutungen sistierten am Ende der ersten Woche. R e u ß reiht auch diesen Fall in die Gruppe der hämorrhagischen Erkrankungen der Neugeborenen ein.

A. v. Reuß. *„Erhaltung und Steigerung der Milchsekretion, ausschließlich durch manuelle Entleerung der Brustdrüsen."*

Das Kind wurde durch 9 Wochen mit abgespritzter Frauenmilch ernährt. Dabei nahm die Milchmenge der Mutter zu. Dieser Fall bestätigt die Erfahrungen von H e l b i c h, dem es gelang, durch Absaugen mit der Milchpumpe die Sekretion durch Wochen und Monate zu erhalten.

Egon Rach. *„Neunjähriger Knabe mit musikalischem, auf Distanz hörbarem Herzgeräusch."*

Patient hat vor 2 Jahren eine schwere Diphtherie überstanden. Jetzt findet sich Erweiterung der linken Pupille, eine Steigerung der Patellarsehnenreflexe, Fußklonus, Babinski, spastischer Gang (auf luetischer Basis), Herz nach links vergrößert. Über allen Ostien ist ein systolisches Geräusch zu hören (am lautesten an der Spitze), daneben ein diastolisches Geräusch, dieses am lautesten über der Aorta. Das Geräusch ist singend oder gießend und auf zirka 20 cm Distanz noch hörbar. Es trat unter der klinischen Beobachtung plötzlich auf. An den Vortagen war nur ein typisches gießendes Aortengeräusch zu hören. Die Ursache dürfte vielleicht in der Anspannung eines sehnigen Fadens zu suchen sein.

H. Januschke. *„Wie können wir therapeutisches Versagen mancher Arzneimittel erklären und verhüten?"*

Einleitend demonstriert J a n u s c h k e das in der Pharmakologie bekannte Experiment, in dem durch Morphium ein Krampf des Pylorus erzeugt wird, wodurch in den Magen gebrachte Gifte, z. B. Strychnin, nicht zur Wirksamkeit gelangen können, da sie vom Magen aus nicht resorbiert werden. Wird dieselbe Menge intravenös injiziert, so tritt bei demselben Tiere die Strychninvergiftung ein. Bei einem Nephritiker mit urämischen Anfällen und bei einem mit urämischem Singultus wurde zuerst Morphium intern verabreicht. Im ersteren Falle trat erst nach 1 bis 2 Stunden Besserung der Symptome auf, während im zweiten Fall das Medikament wirkungslos war. Subkutane beziehungsweise rektale Anwendung des Morphiums in beiden Fällen führte zum gewünschten Ziele. Bei einem 13jährigen Knaben mit hochgradigem inkompensiertem Vitium (große Stauungsleber, durch Ödeme prall gespannte Extremitäten, Orthopnöe, Zyanose) hatte Digitalis per os

gar keinen Einfluß. Intravenöse Injektion von $^1/_4$ mgr, 24 Stunden danach $^1/_4$ mgr, dann in Pausen von 4 bis 6 Tagen $^3/_4$ mgr Strophantin hatten prompten Rückgang der subjektiven Beschwerden zur Folge. Die Schlaflosigkeit schwand, Patient bekam Appetit. Die Leber wurde dagegen wenig kleiner, die Ödeme nahmen nicht wesentlich ab. Diese sind wahrscheinlich durch eine begleitende Nephritis bedingt. Die Wirkungslosigkeit der Digitalispräparate per os dürfte damit zu erklären sein, daß die Resorption durch Stauung im Darm wesentlich verschlechtert war. Weiter dürfte auch durch die allgemeine Stauung und Ödembildung das Gift so verdünnt werden, daß dessen Wirkung ausbleibt.

Diskussion: Eisenschitz hat beobachtet, daß manche Patienten nach Subkutaninjektion keine Morphiumwirkung zeigen, ja sogar erregt werden, dagegen nach innerer Darreichung schlafen. Weiß sah bei einer alten Frau mit Karzinom gute Wirkung bei interner und rektaler Anwendung des Morphiums, dagegen fehlte auffallenderweise jegliche schlafmachende Wirkung bei subkutaner Injektion trotz hoher Dosierung. Januschke erwidert, daß die Beobachtung in individuellen Verschiedenheiten seine Erklärung finden kann. So wirkt das Morphium bei verschiedenen Tiergattungen verschieden (statt beruhigend erregend). Die Beobachtung von Weiß ist nach dem heutigen Stand unseres Wissens nicht zu erklären.

Sitzung vom 23. Mai 1912.

A. Goldreich. *„Narben bei latenter Lues hereditaria."*

Der 26jährige Mann zeigte feine radiäre Narben von der Gesichtshaut zu den Lippen hinziehend, die Grenze zwischen Haut und Lippenrot ist verwischt. Der Mann zeigt außerdem Symptome von Tabes. Ähnliche Narben demonstriert Goldreich bei einem 7 Monate alten und einem 4 Jahre alten Knaben. Die Wichtigkeit aller klinischer Symptome von latenter Lues (olympische Stirne) wird namentlich mit Rücksicht darauf betont, da die Wassermann sche Reaktion in $^1/_3$ der Fälle versagt.

Guido Engelmann. *„Ein Fall von angeborenem Hochstand des Schulterblattes* (Sprengel)".

Bei einem 7jährigen Knaben zeigt sich die linke Schulter um zirka 2 cm höher als die rechte. Die linke Skapula ist etwas kleiner und nach auswärts gedreht. Es besteht eine deutliche Einschränkung der Abduktionsmöglichkeit des linken Armes. In leichteren Fällen genügen als Behandlung gymnastische Übungen.

Egon Rach und **A. v. Reuß.** *„Ein Fall von Zystitis und Ikterus bei einem männlichen Säugling."*

Ein normal entwickeltes Brustkind erkrankte in der 6. Woche plötzlich mit Fieber und Krämpfen. Einige Tage später Ikterus, dabei ist der Stuhl gelbbraun, farbstoffhaltig. Das Fieber schwindet nach etwa einer Woche, Ikterus nimmt ab. Die Harnuntersuchung ergibt das Bestehen einer Zystitis als dessen Ursache ein koliähnlicher Stamm nachgewiesen wurde (Paracoli).

Die Autoren haben über 2 analoge Fälle schon berichtet und glauben, daß Ikterus + Zystitis respektive Pyelitis beim männlichen Säugling nicht nur klinisch, sondern auch ätiologisch einem einheitlichen seltenen Krankheitsbild entspricht. Die Infektion der Blase dürfte vom Darm ausgehen.

Rudolf Pollak und **Adolf F. Hecht.** *„Ein Fall von Störung der Reizleitung am Herzen bei einem fünfjährigen Mädchen."*

Die Herzstörung trat nach einer Masernbronchitis auf, so daß bezüglich der Ätiologie Masern, möglicherweise aber auch Influ-

enzabazillen (die im Sputum nachgewiesen wurden) in Betracht kommen könnten. Bei der Aufnahme bestand am Herzen ein systolisches Geräusch, das an der Basis lauter war. Das auffallendste Symptom war eine hochgradige Bradykardie (40 bis 52 Pulsschläge), keine Arrhythmie. Die Annahme einer Reizleitungsstörung lag nahe und in der Tat ergab die elektrokardiographische Untersuchung eine komplette Dissoziation. Interessanterweise wurde die Ventrikelfrequenz durch Atropin etwas beschleunigt (bis 86), die Vorhofsfrequenz stieg bis auf 160.

Januschke meint, daß die Beschleunigung der Ventrikelaktion durch Atropininjektion nichts mit Vaguslähmung zu tun hat, sondern in ähnlicher Weise wie andere Reizmittel (Koffein, Kampfer) unabhängig vom Vagus herzbeschleunigend wirkt. Kaufmann hat einen 45jährigen Mann mit Mitralfehler beobachtet, der eine klinisch und autoptisch nachgewiesene Unterbrechung der Reizleitung aufwies. Trotzdem hatte Atropin beschleunigende Wirkung auf die Herzaktion. Kaufmann meint, daß in solchen Fällen Atropin Vagusendigungen im Ventrikel ausschalte, die den automatisch arbeitenden Ventrikel dirigieren.

Edmund Nobel. *„Ein Fall von Ekthyma im Verlaufe von Varizellen bei gleichzeitigen Masern und Scharlach."*

Die Varizellenbläschen werden hämorrhagisch; von diesen Blasen gingen mächtige tiefgreifende Infiltrate aus. An Stelle der hämorrhagischen Blasen entwickelten sich sehr tiefgreifende ekthymaartige Substanzverluste. Durch 6 Tage hohes Fieber, danach relativ rasche Erholung. Auf der Höhe der Erkrankung bestanden Symptome von Tetanie (Dauerspasmen an Händen und Füßen, Fazialisphänomen).

Sitzung vom 13. Juni 1912.

J. Zappert. *„Nervöse Absenzen bei einem 8jährigen Mädchen."*

Die Erkrankung begann vor 2 Jahren im Anschluß an einen Schreck. Die Symptome der Erkrankung bestehen in petit-mal-ähnlichen Anfällen. Patientin sieht plötzlich starr vor sich, blinzelt und blickt nach oben. Zappert ist geneigt, diesen Fall nach Friedmann als nervöse Absenzen aufzufassen und dann einer Erkrankung zuzurechnen, die von der Epilepsie ihrer günstigen Prognose wegen zu trennen ist. Knöpfelmacher betont in der Diskussion die Schwierigkeit der Differenzialdiagnose zwischen petit mal und dem geschilderten Krankheitsbild.

M. Zarfl. *„Tuberkulöser Primäraffekt der Lunge bei einem 24 Tage alten Säugling."*

Das frühgeborene Kind stammte von einer tuberkulösen Mutter, welche bald nach der Entbindung starb. Auch das Kind ging an lobulären Pneumonien im Anschluß an einen Schnupfen zugrunde. Bei der Obduktion ergab sich nun neben den pneumonischen Veränderungen im linken Oberlappen ein ganz kleiner käsiger Herd, der histologisch das Bild einer käsigen Pneumonie bot. Im Präparate sind massenhaft Tuberkelbazillen nachweisbar. Die regionären Drüsen waren makroskopisch unverändert. Pirquet betont die Wichtigkeit dieses Falles, der wohl als der frischeste einer tuberkulösen Infektion im Kindesalter zu bezeichnen ist. Die Erkrankung ist durch Inhalation entstanden, dafür spricht der Befund der käsigen Pneumonie.

M. Zarfl. *„Eitrige Hüftgelenksentzündung bei Säuglingen".*

Zarfl hat in kürzester Zeit nacheinander 3 Fälle der Erkrankung bei ganz jungen Säuglingen (im ersten Lebensmonate) beobachtet. Es bildete sich unter Fieber eine schmerzhafte Schwellung der Hüft-

gelenksgegend, die betreffenden Extremitäten wurden ruhig gehalten, es entwickelte sich eitriges Exsudat, in dem Zarfl Streptokokken nachweisen konnte. In einem Fall griff die eitrige Entzündung auf das Peritoneum über. Die Prognose der Erkrankung ist ernst. 2 der Fälle sind gestorben. Gonorrhöe und Osteomyelitis konnten bei den Kindern ausgeschlossen werden. Die Infektion dürfte von der Nabelwunde ausgehen. In der Diskussion erwähnt Swoboda einen Fall von gonorrhoischer Erkrankung des Hüftgelenkes bei einem ganz jungen Säugling. Sperk bemerkt, daß monoartikuläre Entzündungen bei älteren Säuglingen nicht selten sind. Ihre Prognose sei nicht schlecht.

M. Zarfl. *„Atypisch verlaufende Dermatitis exfoliativa".*

Die Entwicklung ist dadurch bemerkenswert, daß zuerst kein Erythem, sondern ein bläschenartiger Ausschlag vorhanden war, der sich dann rasch ausbreitete. Das Allgemeinbefinden des Kindes war dabei ein gutes, so daß die Erkrankung ausheilen dürfte. Die Infektiosität der Erkrankung dokumentierte sich dadurch, daß die Mutter des Kindes an der Brust Bläschen bekam.

Leiner bemerkt in der Diskussion, daß es sich vielleicht bloß um Pemphigus neonatorum handelt, wogegen Zarfl betont, daß es auch leicht verlaufende Fälle von Dermatitis exfoliativa gebe. Knöpfelmacher erinnert an seine Arbeiten über diese Frage und weist darauf hin, daß zwischen Pemphigus und Epidermolysis nur ein gradueller Unterschied besteht, hauptsächlich bedingt durch die Intensität und Raschheit der Exsudatbildung. Sperk sah 12 Fälle der Erkrankung, von denen 11 starben.

O. Kirsch. *„Abdominelle und zerebrale Gefäßkrisen im Kindesalter".*

An Symptomen bestehen bei den demonstrierten größeren Kindern anfallsweise auftretendes Erblassen des Gesichtes bei gleichzeitigen intensiven Magen- und Kopfschmerzen und subjektivem Herzklopfen. In anderen Fällen vorübergehende Sprachstörung, letztere wahrscheinlich zerebral bedingt. Die Untersuchung der peripheren Arterien solcher Kinder ergibt Rigidität derselben und Schlängelung. Kirsch erinnert an die von Hamburger beschriebenen Fälle von Arterienrigidität und erörtert die Möglichkeit der Annahme von Gefäßkrämpfen oder „Gefäßkrisen" im Sinne von Pal. Januschke meint, daß nach den jüngsten Untersuchungen von H. H. Meyer anzunehmen ist, daß der Darm schmerzempfindende Apparate besitzt, die unabhängig von den Gefäßnerven sind. Es sind demnach nicht alle abdominalen Schmerzen auf Veränderungen der Blutgefäße zu beziehen. Die Entscheidung wäre experimentell durch therapeutische Versuche der Prüfung zugänglich. Januschke frägt, welche Therapie eingeleitet wurde.

Souček bemerkt, daß sich in Fällen von abdominellen Schmerzen Atropin bewährt habe, worauf Januschke betont, daß dieser Befund dafür spricht, daß es sich in solchen Fällen um Darmspasmus und nicht um Gefäßspasmen gehandelt hat, denn Atropin hat auf die sympathische Innervation keinen Einfluß.

Pollak bemerkt, daß in einem Falle Amylnitrat gute Dienste geleistet hat. Dies würde für die Ansicht von Kirsch sprechen.

Monti. *„Perivaskuläres Sarkom der linken Nierengegend".*

Der 1½ kg schwere Tumor wurde durch Operation eines 3 jährigen Knabens gewonnen. Die Geschwulst dürfte auf Grundlage eines Teratoms entstanden sein. Der geheilte Patient wird gleichzeitig vorgestellt.

Monti. *„Appendizitis im Bruchsack bei einem 9 Monate alten Säugling.*

Pat. wurde wegen einer linksseitigen eingeklemmten Hernie operiert und dabei der vorgelagerte Appendix entfernt. In demselben befanden sich 2 Kotsteine. Monti meint, daß im vorliegenden Fall die Appendizitis nach der Einklemmung entstanden sei.

In der Diskussion wird von H. Schlesinger und Sperk auf die Seltenheit der Appendizitis im Säuglingsalter hingewiesen. Spieler weist auf die Schwierigkeit der Diagnose hin.

Fritz Magyar. 1. *„Malignes Hämangiom des Gesichtes bei einem Säugling"*.

Schon bei der Geburt bestanden Tumoren an beiden Wangen. Sie haben sich seither in unheimlicher Weise weiter verbreitet, wobei das Kind zusehends verfällt.

2. *„Melanosarkom in Form eines Schwimmhosennävus bei einem 1 Jahr alten Kinde"*.

Neben der schwimmhosenartigen Ausbreitung der Tumorenbildung finden sich zerstreut am ganzen Körper kleine Flecken.

Kemmetmüller. *„Telanie-Dauerspasmen bei einem $2^3/_4$ Jahre alten Kinde"*.

Typische Haltung der Hände und Füße seit einem Monat. Es besteht seit einigen Tagen auch tonischer Krampfzustand in der Gesamtmuskulatur, wodurch ein tetanusartiges Bild entstand. Für Tetanus fehlt aber sonst jeder Anhaltspunkt. Fazialisphänomen fehlt. Therapie bisher ohne Erfolg. Kemmetmüller konnte das Kind in unverändertem Zustand auch in der Sitzung vom 27. Juni zeigen.

Fritz Tüchler. *„Ein Fall von Pseudotetanus bei einem 6 Jahre alten Kinde"*.

Patient hat am ganzen Körper und Gesicht tonische Kontraktion der gesamten Muskulatur und Trismus. Keine Hautverletzung. In den letzten Tagen Nachlassen der Kräfte. In der Sitzung vom 27. Juni 1912 konnte Tüchler das Kind als fast geheilt vorstellen. Der Rückgang der Erscheinung erfolgte ohne Therapie. Für Hysterie kein Anhaltspunkt.

Pollak. *„Ösophagusatresie des Ösophagus und Kommunikation zwischen Magen und Trachea"*.

Das Präparat stammt von einem 7 Tage alten Kind. Das Kind erbrach jedesmal nach der Nahrungsaufnahme, hatte niemals einen Milchstuhl. Sondierung ergab Verschluß des Ösophagus. Bei Einführung von Nahrung in den Magen kam ein Teil der Nahrung beim Munde zum Vorschein. Da durch Sondierung Verschluß des Ösophagus konstatiert war, mußte also die Nahrung durch eine Kommunikation zwischen Magen und Trachea in den Mund gelangt sein.

E. Nebel. *„Ein Fall von multipler Sklerose bei einem $2^1/_2$ Jahre alten Knaben"*.

Das Präparat stammt von dem in der Sitzung vom 7. Dezember demonstrierten Kinde. An Symptomen bestanden außer epileptiformen Anfällen fortschreitende Demenz und Andeutung spastischer und ataktischer Erscheinungen. Differentialdiagnose schwankte zwischen diffuser Sklerose, diffusem Gliom und multipler Sklerose. Auf letztere Möglichkeit wies insbesondere ein positiver Augenspiegelbefund hin. Es bestanden eine temporale Abblassung der rechten Papille und eine partielle Optikusatrophie links.

Die Obduktion ergab makroskopisch normal aussehendes Gehirn und Rückenmark. Erst die histologische Untersuchung zeigte das

Bestehen einer Affektion, die am ehesten als akute multiple Sklerose zu bezeichnen ist.

Otto Marburg. *„Zur Sklerosefrage".*

Einleitend nimmt der Vortragende Stellung gegen die Annahme, daß die primären Sklerosen endogener Art seien. Alles, was als Sklerose zu bezeichnen ist, folgt einer Parenchymschädigung, ist also sekundär. Primäre Gliawucherungen finden sich nur bei Tumoren.

Wenn man von diesem Gesichtspunkte aus die Sklerosen einteilt, so hat man zunächst die vaskulären ins Auge zu fassen. Sie entstehen fötal oder frühinfantil nach Gefäßschädigungen, zeichnen sich dadurch aus, daß nach kurzer Zeit ein stationärer Zustand erreicht wird, der irreversibel ist. Je nach dem Sitz des Gefäßes, das geschädigt ist, ist die Symptomatologie verschieden. Charakteristisch erscheint der Mangel an Progredienz des Leidens. Als nächste Gruppe kommen die entzündlichen Sklerosen in Frage, deren Hauptrepräsentanten die multiple und diffuse Sklerose sind. Erstere debütiert meistens in der Kindheit, findet sich absolut sicher auch voll ausgebildet im kindlichen Leben, tritt da zumeist in engerem Anschluß an kindliche Infektionen auf (Masern, Scharlach, Diphtherie, Pertussis) und charakterisiert sich durch schleichenden Beginn, intermittierend — remittierenden sowie afebrilen Verlauf; die Symptomatologie ist je nach dem Sitze verschieden, bald mit, bald ohne Charcotsche Trias. Wesentlich ist das frühzeitige Fehlen des Bauchhautreflexes. Immer muß die Multiplizität des Prozesses zu erweisen gesucht werden. Das Substrat ist ein diskontinuierlicher Markzerfall mit nachheriger Sklerose, identisch etwa den parenchymatösen toxischen Neuritiden der Peripherie.

Die diffuse Sklerose charakterisiert die primäre Imbezillität respektive Idiotie mit der folgenden spastischen Paraplegie, obwohl auch hier der Prozeß atypisch verlaufen kann, je nach dem Ausgangspunkte des Leidens. Auch hier läßt sich die entzündliche Genese erweisen.

Hierher scheint auch die Pelizäus-Merzbachersche Krankheit zu gehören, Fälle betreffend, die im wesentlichen dem Bilde der multiplen Sklerose nahestehen, auch einiges von der diffusen Sklerose haben, nur daß sie hereditär-familiär auftreten. Ihr anatomisches Substrat ist ein diskontinuierlicher Markzerfall mit relativ intaktem Achsenzylinder und sekundärer Sklerose. Also auch hier Identität mit der multiplen Sklerose. Lediglich die Heredität und das familiäre Auftreten führte Merzbacher dazu, die Krankheit als Aplasia axialis extracorticalis congenita, als Heredodegeneration zu bezeichnen. Auch die Einbeziehung der Pseudosklerose in diese Gruppe erscheint nicht statthaft. Auch hier verbindet sich ein psychischer Ausnahmszustand mit somatischen Erscheinungen, ähnlich wie bei der diffusen Sklerose, doch ist die Psychose mehr von affektivem Charakter als bei der diffusen Sklerose, auch wird der Tremor nie vermißt, schließlich fehlt ein histologisches Substrat und es gewinnt den Anschein, als ob man es hier mit einem chemisch umgewandelten Gehirn, etwa einem an Wasser verarmten zu tun hätte (vielleicht ein Gegenstück zur Hirnschwellung).

Absolut nicht den Namen Sklerose verdient die sogenannte tuberöse Sklerose, Tumoren aus eigenartigen großen Zellen, vielleicht Ganglienzellen, mit starker Gliawucherung, die bald in der Rinde, bald im Mark oder am Ependym sitzen. Hier fehlen nie die Epilepsie, die zumeist von Imbezillität gefolgt ist, und Erscheinungen nervöser Störungen, die von der Lokalisation der Tumoren abhängen. Charakteristisch ist ferner der Befund eigenartiger Hauttumoren und solche der Niere und des Herzens. Hier könnte man schon eher von Organisationsdefekten im Zentralnervensystem sprechen, ähnlich wie bei der amaurotischen Idiotie. Die Familiarität, der charakteristische Augenbefund,

die schwere progrediente Verblödung mit dem allgemeinen Marasmus und den Paraparesen werden diese Affektionen, die nahezu ausschließlich die jüdische Rasse befällt, leicht differenzieren lassen. Jedenfalls ist der anatomische Befund, die allgemeine Degeneration der Ganglienzellen, ein so eindeutiger, daß die Sklerose, die daneben sich findet, eigentlich wenig bedeutet.

Ob wir hier das Recht haben, eine Aplasia gangliocellularis anzunehmen, wie dies Merzbacher will, oder ob der Prozeß nicht auch ein sekundärer, durch Blutdrüsenschädigung bedingter ist, läßt sich im Augenblicke noch nicht entscheiden.

Jedenfalls sieht man aus diesen ganz aphoristischen Angaben bereits, wie differente Krankheitsgruppen unter den Begriff Sklerose gefaßt werden und daß hier nicht die durch eventuelle Lokalisation des krankhaften Prozesses charakterisierte Semiologie ausschlaggebend ist, sondern lediglich das Ergebnis der histopathologischen Forschung, solange die ätiologischen Kenntnisse uns noch verborgen bleiben. (Nach Autoreferat.)

Sitzung vom 27. Juni 1912.

M. Zarfl. *„Kongenitale Tuberkulose bei einem 6 Wochen alten Kinde".*

Der Entwicklung der Erkrankung wurde deshalb besondere Aufmerksamkeit vom Anfang an geschenkt, da das Kind von einer tuberkulösen Mutter stammte, die infolge einer linksseitigen Lungentuberkulose charakteristisch aussah, wenn auch ihr Zustand nicht sehr schwer war. Die Pirquetsche Reaktion war zum erstenmal am 17. Lebenstage deutlich. Es bestand Milzvergrößerung. Alsbald stellte sich Fieber ein, das in den nächsten Wochen immer höher wurde. Das Kind magerte ab, Leber und Milz wurden größer. Die Lymphdrüsen in inguine sind größer. Lungen sind frei. Da schon am 17. Lebenstage die Tuberkulinreaktion positiv ausfiel, kann man mit Sicherheit annehmen, daß es sich um einen Fall von kongenitaler Lues handelt, da ja zur Entwicklung einer positiven Tuberkulinreaktion etwa 4 Wochen notwendig sind. Die Infektion muß also schon vor der Geburt stattgefunden haben.

Pirquet bemerkt, daß der vorgestellte Fall das jüngste Kind sein dürfte, bei dem positive Tuberkulinreaktion beobachtet worden ist, und schließt sich bezüglich der Auffassung des Falles dem Vortragenden an. Moll berichtet über ähnliche Erfahrungen bei kongenitaler Tuberkulose in der Prager Findelanstalt.

Egon Rach. *„Röntgenologisch nachgewiesene subakute Miliartuberkulose bei einem 12 Jahre alten Mädchen".*

Das Kind war unter unklaren Symptomen, Mattigkeit, Appetitlosigkeit erkrankt. Alsbald traten Kopfschmerzen auf, zeitweise erbrach Patientin. Durch einige Zeit wurde das Erbrechen auf den Magen bezogen. Erst die Augenspiegeluntersuchung, die den Befund einer Stauungspapille ergab, ließ an die Diagnose eines Tumors denken. Die Tuberkulinreaktion war schwach positiv, wie eine kachektische Reaktion aussehend. Patientin wurde nun aufgenommen. Es bestanden leichte Temperatursteigerungen. Die Röntgenuntersuchung der Lungen ergab das typische Bild einer miliaren Tuberkulose, in beiden Lungenfeldern finden sich disseminierte hanfkorngroße Schatten. In den nächsten Wochen magerte Patientin zusehends ab, wurde immer blässer; in den letzten Tagen ist Patientin auffallend matt, somnolent, erbricht häufig und hat Kopfschmerzen, so daß an die Entwicklung einer Meningitis gedacht wurde. (Patientin mußte über Wunsch der

Eltern entlassen werden und starb kurze Zeit nach der Entlassung aus der Klinik. Ref.)

A. F. Hecht. *„Extrasystolen bei einem 7jährigen Mädchen mit Spondylitis tuberculosa"*.

Das Kind, das eine vorgeschrittene Phthise der Lunge und tuberkulöse Hautgeschwüre aufweist, zeigte während der ganzen Dauer der Beobachtung einen auffallend frequenten Puls mit zeitweise aussetzenden Schlägen. Gleichzeitige Auskultation des Herzens ergab, daß es sich um ein Ausbleiben der Pulswelle an der Peripherie handelt. Auch elektrokardiographisch konnte H e c h t nachweisen, daß Patientin Extrasystolen hatte. Die Zahl derselben betrug 7 bis 11%. Interessant war, daß Atropin auf diese Extrasystolen keinen Einfluß ausübte, nach Adrenalininjektion nehmen sie sogar an Häufigkeit zu. Dagegen verschwinden die Extrasystolen nach Injektion von Physostigmin ($^3/_4$ mg bis 1 mg) auf einige Stunden.

Hans Rosenzweig. *„15jähriges Mädchen mit hochgradigen Trommelschlägelfingern bei Empyem der linken Pleura"*.

Das Kind erkrankte vor 3 Jahren plötzlich unter den Erscheinungen einer Pneumonie. Fieber und Husten ließen aber nicht nach, man kann annehmen, daß sich im Anschluß an die Pneumonie ein Empyem entwickelte. Das Kind scheint kaum ärztliche Behandlung gehabt zu haben, denn sonst hätten sich nicht die Symptome entwickeln können, wie sie das Kind heute zeigt. Patientin atmet mit der linken Seite gar nicht, der Thorax erscheint dabei auffallend flach, über dem linken Thorax ist absolute Dämpfung nachweislich. In den unteren rückwärtigen Partien fehlt die Atmung in der Nähe des ganzen Bronchus, vorn neben dem Sternum hört man bronchiales, amphorisch klingendes Atmen und klingendes Rasseln. Patientin wirft viel eitriges, etwas übelriechendes Sputum aus. Es soll wiederholt mundvolle Expektoration vorgekommen sein. Das Herz ist nach rechts verlagert, ebenso die Trachea. Punktion ergab nach Durchdringen einer dicken Schwarte grünlichen Eiter, in dem noch Streptokokken nachzuweisen waren. Es bestehen hochgradige Trommelschlägerfinger und -zehen. Die Nägel sind kugelig gekrümmt, die peripheren Anteile der Phalangen sind verdickt, ebenso das untere Ende der Tibia.

A. Goldreich. *„Über die Beziehung der Kubitaldrüsen zur hereditären Lues"*.

Der Vortrag erschien ausführlich in der Zeitschrift für Kinderheilkunde IV. Band.

H. Kemmetmüller. *„Ein Fall von Spasmophilie"*.

K e m m e t m ü l l e r stellt nochmals den in der vorhergehenden Sitzung demonstrierten Fall von Dauerspasmen vor und berichtet, daß Versuche mit Parathyreoidin-Vassale bisher keinen Erfolg hatten.

P o l l a k bemerkt, daß er ein zirka 1jähriges Kind mit schwerster letaler Tetanie beobachtet hat, bei welchem mit dem Auftreten der Dauerspasmen zunächst das Fazialisphänomen und bald darauf auch die übrigen Muskelphänomene verschwunden sind, und meint, daß das Verschwinden der Muskelübererregbarkeit bei manifester Tetanie wahrscheinlich als ein prognostisch ungünstiges Zeichen aufzufassen ist. L. E i s e n s c h i t z bemerkt, daß er bei wiederholten Untersuchungen an Tetaniekindern einen erheblich erhöhten Blutdruck gefunden habe, und bittet, dieser Beobachtung vorkommendenfalls durch Untersuchung des Blutdruckes nachzugehen.

Besprechungen.

P. Reyher. *Das Röntgenverfahren in der Kinderheilkunde.* (IV. Bd. d. Bibliothek d. physik.-med. Techniken, herausgegeben von Heinz Bauer, mit 148 Fig. auf Tafeln und 59 Fig. im Text.) (Verlag von Hermann Meusser, Berlin, 1912.)

Eine zusammenfassende Darstellung des Röntgenverfahrens in der Kinderheilkunde entspricht einem tatsächlichen Bedürfnis. Sowohl diejenigen Ärzte, die praktisch die Kunst des Röntgens üben, wie jene, die — ohne damit vertraut zu sein — doch im gegebenen Fall sich orientieren möchten, was die Röntgenographie zu leisten imstande ist, und wo ihr die Grenzen gesteckt sind, werden das Buch mit Freude begrüßen.

Die Anordnung des Stoffes ist so, daß der Verf. zunächst einige allgemein belehrende Kapitel vorausschickt: Über die besonderen biologischen Wirkungen der Röntgenstrahlen auf wachsende Organismen, über die Technik der Röntgenuntersuchung bei Kindern sowie über die bei der Röntgenbestrahlung sich darbietenden normalen anatomischen und physiologischen Verhältnisse. Hierauf folgen die speziellen Ausführungen über die pathologischen Veränderungen und ihre Erkennung im Röntgenbilde. Naturgemäß nehmen die Anomalien des Knochensystems den breitesten Raum ein. Sie sind ja am besten studiert und geben auch die markantesten Bilder. Unter dem Titel: Kongenitale allgemeine Entwicklungsstörungen des Knochensystems finden die Chondrodystrophia foetalis, die Osteogenesis imperfecta, Myxödem und Mongolismus ihre Besprechung. Es folgen die eigentlichen Knochenerkrankungen: kongenitale Syphilis, Barlowsche Krankheit, Rachitis, Tuberkulose usw. Auch die Affektionen, die den Kinderkliniker weniger interessieren, aus Gründen der Differentialdiagnose aber bekannt sein müssen wie die „Köhlersche Knochenerkrankung", die Knochengeschwülste, die Gelenkserkrankungen u. dgl., sind erwähnt. Anhangsweise finden die Erkrankungen der den Knochen umgebenden Weichteile ihre Erledigung.

Gegenüber der Fülle röntgenologischer Befunde an den Knochen tritt die Röntgendiagnostik bei Erkrankungen innerer Organe — quantitativ wenigstens — erheblich zurück. Sie beschränkt sich eigentlich auf die Affektionen der Lunge, der Bronchialdrüsen und des Herzens. Auf diesen Gebieten sind die Ergebnisse dafür aber auch so glänzende, daß man dem Verf. beistimmen muß, wenn er erklärt, daß für einen gewissenhaften Kliniker die Röntgenuntersuchung etwas geradezu Unentbehrliches darstelle.

Es folgen kurze Ausführungen über die Röntgentherapie und ein ausgedehntes Literaturverzeichnis.

Wenn man sich darüber äußern soll, ob dem Verf. seine Aufgabe gelungen ist oder nicht, so darf man diese Frage bedingungslos bejahen. Nur vielleicht dem letzterwähnten Kapitel über die Therapie hätten

ein paar Worte mehr über die Technik sowie über die Erfolge der Röntgenbehandlung im Vergleich zu der sonst geübten Therapie hinzugefügt werden können. Im übrigen weist der Text wohl kaum eine Lücke auf. Man merkt auf jeder Seite die Sachkenntnis des Autors. Nirgendswo werden falsche Vorstellungen über die Leistungsfähigkeit des Verfahrens erweckt. Das Gefährliche ist ja bei der Röntgendiagnostik die Überschätzung der Befunde. Diese Klippe hat der Verf. glücklich vermieden, man könnte eher sagen, daß er allzusehr zu Bedenken in der Deutung der Befunde neigt.

Es ist nicht überflüssig, hervorzuheben, daß die Darstellung keine bloße Aufzählung von Befunden ist, sondern daß jedes Kapitel mit der gleichen Sorgfalt durchgearbeitet ist und daß neben den röntgenologischen Befunden auch die klinischen und histologischen Verhältnisse Berücksichtigung gefunden haben.

Eine ganze Reihe schöner Mikrophotographien illustriert den Text. Volles Lob verdient vor allem aber die bildliche Wiedergabe der Röntgenbefunde. Auf 12 Tafeln finden sich 148 Röntgenphotogramme, wie sie vollendeter wohl nicht wiedergegeben werden können. Überhaupt ist die Ausstattung des Buches seitens der Verlagsbuchhandlung eine wirklich mustergültige. Der einzige Fehler des Werkes ist sein hoher Preis, der es vielleicht nicht die Verbreitung finden lassen wird, die es verdiente. Birk (Kiel).

H. Haike. *Die Röntgenuntersuchung der Nasennebenhöhlen der Kinder.* (August Hirschwald, Berlin, 1911.)

Die schon früher hier referierten Forderungen Haikes finden sich in diesem kleinen Werke zusammengestellt. Die Untersuchungsmethode ermöglicht eine schmerzlose und relativ sichere Orientierung über Entwicklung und über Gesundheit und Krankheit der Nebenhöhlen im Kindesalter. So gelingt es dem Verf., schmerzhafte Untersuchungen, wie Probepunktionen, zu ersparen, indem er wiederholt klinisch begründeten Verdacht auf Erkrankung einer Nebenhöhle ausschließt. Interessant sind auch die Untersuchungen bei Ozaena, die beweisen, daß die Nebenhöhlenerkrankung nicht das Primäre des Leidens sind, vielmehr die Ozaena die Ausbildung der Nebenhöhlen hemmt. F. Göppert (Göttingen).

Rudolf Panse. *Pathologische Anatomie des Ohres.* (232 S., F. C. W. Vogel, Leipzig, 1912.)

Das kleine Werk erlaubt eine gute Übersicht über die pathologische Anatomie des Ohres. Da der Inhalt zu einem überwiegenden Teile durch eigene Erfahrung und Untersuchung gegeben ist, so verdient das Buch ein besonderes Interesse. F. Göppert (Göttingen).

Klose (Frankfurt a. M.). *Chirurgie der Thymusdrüse.* (III. Bd. der neuen deutschen Chirurgie, herausgegeben von P. v. Bruns, mit 99 Textabbildungen, 2 Kurven und 3 farbigen Tafeln.) (Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, 1912, Einzelpreis M. 12.80.)

Der Titel ist etwas irreführend, insofern als die „Chirurgie" den kleinsten Teil des Buches in Anspruch nimmt. Der weitaus größere bringt eine großzügige Darstellung der Physiologie und Pathologie der Thymusdrüse, von der man es nur bedauern könnte, wenn ihre Kenntnis den Chirurgen allein vorbehalten bliebe. Es sind nicht zum mindesten eigene Untersuchungen, über die der Verf. berichtet und durch die neuerlich der Beweis geliefert wird, daß die Thymus alles andere nur nicht ein indifferentes Organ ist. Näher auf den Inhalt einzugehen, kann hier füglich unterbleiben.

Nur der Übertragung der experimentellen Ergebnisse auf die Praxis, also dem eigenartigen „chirurgischen" Teil des Buches müssen wir einige kritische Worte widmen:

Es ist schade, daß dem Verf., der im übrigen ausgezeichnete Ratgeber gehabt hat, nicht auch ein pädiatrischer Konsiliarius zur Seite gestanden hat. Mangels dessen sind ihm bei der Verwertung der in der Literatur niedergelegten Fälle von plötzlichem Tode bei Säuglingen für die Frage des Tyhmustodes mancherlei Irrtümer untergelaufen. Es geht heute nicht mehr an, Kinder, die an Laryngospasmus leiden und akut daran zugrunde gehen, als Fälle von Thymustod zu registrieren. Eine ganze Anzahl ähnlicher Irrtümer finden sich in dem Kapitel: Differentialdiagnose (S 140).

Ferner bringt der Verf. eine Zusammenstellung der Kasuistik der bisher operierten Fälle von Thymushyperplasie. Seiner eigenen Ansicht nach liefert diese Kasuistik den Beweis, daß beim Thymuserstickungstod mit Status lymphaticus mechanische Einflüsse die Hauptrolle spielen. Es handelt sich im ganzen um 29 operierte Fälle, von denen 24 vollkommen und dauernd geheilt wurden, 1 gebessert wurde, während 2 an Mediastinitis starben, einer, weil die Operation zu spät ausgeführt wurde, und einer an Herzlähmung. — Diese „Heilerfolge" stehen unseres Erachtens im Widerspruche mit den experimentellen Ergebnissen: Der Verf. gibt selbst an, daß es technisch unmöglich ist, die Thymusdrüse total zu entfernen, und schreibt weiter an anderer Stelle (S. 43), „daß dem Organ eine außerordentliche Vitalität innewohnt, die es befähigt, sich von kleinsten Resten aus in kurzer Zeit vollkommen anatomisch und funktionell zu regenieren". Wie es unter diesen Umständen zu einer dauernden Heilung der operierten Fälle kommen soll, bleibt dem Leser unverständlich.

Was die Kasuistik selbst anbetrifft, so findet sich — vom pädiatrischem Standpunkte aus beurteilt — kaum ein einziger Fall darunter, aus dem man die Überzeugung gewönne, daß nun wirklich nichts anderes vorgelegen habe als eine Tracheostenose infolge vergrößerter Thymus. Dasselbe gilt von den 2 Fällen thymogener Ösophaguskompression. Wo es sich um Streitfragen wie die vorliegende handelt, muß man verlangen, daß ausführliche Krankengeschichten mitgeteilt werden, d. h. Krankengeschichten mit vollständiger Anamnese und mit einem Status des ganzen Kindes. Diejenigen, die der Verf. mitteilt, ermöglichen es nicht, sich selbst ein Urteil über den Fall zu bilden.

Daß in klinischer Hinsicht die Arbeit einen Fortschritt oder gar eine Lösung der Frage des Thymustodes bedeute, vermögen wir also nicht anzuerkennen. Aber das ist unbestreitbar, daß die physiologischen und experimentellen Grundlagen durch sie außerordentliche Förderung erfahren haben. Deswegen und weil es sich ferner um Fragen handelt, die die Kinderheilkunde mit am nächsten tangieren, seien pädiatrische Kreise auf das Buch als auf ein — im ganzen genommen — vortreffliches aufmerksam gemacht.

Birk (Kiel).

A. Baumgarten (leitender Arzt des Kinderasyls zu Wörishofen). *Kinderkrankheiten und ihre Behandlung.* (Hartmannsche Buchhandlung in Wörishofen, 1912, Preis M. 2.50.)

Bei einem Buche aus „Wörishofen" macht man sich zunächst auf alles gefaßt. Die Befürchtung ist aber unnötig. Beim näheren Zusehen erfährt man, daß es sich um eine ganz vernünftige, populär geschriebene Darstellung der Infektionskrankheiten des Kindesalters handelt, die nichts gemein hat mit den Produkten eines Bilz, Platen und anderer Wasserapostel. Der einzige Unterschied ist, daß an Stelle der von den meisten Ärzten geübten exspektativen Therapie der Infektionskrankheiten eine milde Wasserbehandlung empfohlen wird. In hauptsächlichen Fragen der Therapie steht der Verf. ganz offen auf Seiten der Schulmedizin: er übt die Serumbehandlung bei Diphtherie, billigt die Impfung, erkennt die Rolle der Bakterien und die Notwendigkeit entsprechender Desinfektionsmaßregeln an u. dgl.

Birk (Kiel).

Zur Frage der Berufsvormundschaft. (Teil VII/1. Vorberichte zum ersten österr. Berufsvormündertag in Wien am 18., 19. und 20. Juni 1912, zugleich 7. Tagung der deutschen Berufsvormünder, herausg. vom vorbereitenden Komitee und ständigen Ausschuß. Dresden, 1912.) (Verlag von O. V. Böhmert.)

Das Heft enthält die Leitsätze der Vorträge:

Taube (Leipzig): Die erste deutsche Generalvormundschaft über uneheliche Kinder in Leipzig.

Klumker (Frankfurt a. M.): Ziele und Aufgaben der Berufsvormundschaft.

L. Müller (Wien): Entwicklung und Stand der Berufsvormundschaft in Österreich.

Mezl (Brünn): Die Berufsvormundschaft auf dem Lande.

Nawratil (Mähr.-Ostrau): Das städtische Kinderschutzamt und die Berufsvormundschaft in Mähr.-Ostrau.

Schmidt (Mainz): Stadtverwaltung und Berufsvormundschaft im Deutschen Reiche.

Melly (Budapest): Stadtverwaltung und Berufsvormundschaft in Ungarn.

Petersen (Hamburg): Die erzieherischen Aufgaben der Berufsvormundschaft.

Ziegler (Wien): Die Einzelfürsorge des niederösterreichischen Landes-Zentralkinderheims in Wien für die Pflege und Erziehung seiner Mündel.

Milcinski (Laibach): Mündelfürsorge in mittelgroßen Städten.

Engel (Budapest): Internationales Paternitätsprozeßrecht.

Tomforde: Das Archiv Deutscher Berufsvormünder und seine internationale Auskunftstätigkeit. A. Keller (Berlin).

Zur Frage der Berufsvormundschaft. (Teil VI/2. Berichte der sechsten Tagung Deutscher Berufsvormünder in Dresden am 17. und 19. September 1911, herausg. vom ständigen Ausschuß. Dresden, 1912.) (Verlag von O. V. Böhmert.)

Der Bericht enthält, wie üblich, in der Einleitung eine Mitgliederliste, eine Darlegung der Aufgaben des Archivs, Verzeichnis der bisherigen Veröffentlichungen desselben und den Rechnungsabschluß. Auf der letzten Tagung wurden folgende Vorträge und Referate gehalten, deren Text und Diskussionen abgedruckt sind:

Bela-Melly: Tätigkeit des Waisenstuhls Budapest.

Kolomann v. Schopf: Stand der Berufsvormundschaft bei den Komitatswaisenstühlen in Ungarn.

Tilemann: Die Rechtslage des unehelichen Kindes im Urteil der Praxis.

Landsberg: Ziele der Rechtsänderung zugunsten außerehelich geborener Kinder.

Grasemann: Arbeitnehmer und Lohnbeschlagnahme.

Krug: Ersuchen der Berufsvormundschaft an die Gerichte.

Rößler: Kann der Vormund zur Tragung der Kosten verurteilt werden, wenn Erhebung der Klage für unwirksam erklärt wird?

Grasemann und Weygandt: Berufsvormundschaft und die volljährigen geistig Minderwertigen.

Klumker: Die Bedeutung der Berufsvormundschaft für die Vereinsarbeit. A. Keller (Berlin).

F. W. Beck (appr. Arzt). *Die Weltübel des Todes und der Geburt.* (Ein Ausblick auf eine kommende biologische Revolution.) (Neuer Frankfurter Verlag, G. m. b. H., Frankfurt a. M., 1912, 109 S., Preis: M. 2.—

Philosophische Betrachtungen eines Arztes über Geburt und Sterben der Organismen. Birk.

Inhalt.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie. **Hoobler.** *Blutdruck 653.* — **Tachau.** *Temperaturmessung 653.* — **Deutsch.** *Funktionsprüfung der Niere 654.* — **Wegelius.** *Antikörperübertragung von Mutter auf Kind 654.* — **Zade.** *Antikörper der Hornhaut 654.* — **Gött** und **Rosenthal.** *Herzbewegung 655.* — **Fischer.** *Wasserstoffsuperoxydlösung 655.* — **Chambers** und **Ruß.** *Radiumemanation 655.* — **Schivorsti** und **Reim.** *Säureagglutination der Bakterien 655.* — **Schule. Haškovec.** *Schulaufsicht 656.* — **Netter. Nageotte-Wilbouchevitch.** *Schule und Infektionskrankheiten 656.* — **Ernährung und Stoffwechsel. Aschner** und **Grigoriu** *656.* **Schröppe, Sauermann.** *Stillen 657.* — **Eicher.** *Mastitis 657.* — **Calvary.** *Milchzucker 658.* — **Brady.** *Kohlehydrate 658.* — **Haas, Dennett, Abt, Veeder, Kilduffe** und **Denny.** *Ernährungsstörungen 659.* — **Schreiber** und **Dorlencourt.** *Einfluß der Hitze 660.* — **Tixier** und **Roederer.** *Kondensierte Milch 660.* — **v. Soxhlet.** *660.* **Langstein** und **Edelstein.** *Eisengehalt der Milch 661.* — **Bendix.** *Barlowsche Krankheit 661.* — **Feri.** *Diazoreaktion 661.* — **Klinik der Kinderkrankheiten. Pende** *661.* **Wolff.** *Infantilismus 663.* — **Guibé** und **Ramadier.** *Thymushypertrophie 664.* — **Tixier.** *Achondroplasie 664.* — **Bantlin.** *Ekzem 665.* — **Knopf.** *Asthma 665.* — **Quincke.** *Lymphurie 665.* — **v. Stark.** *Diabetes mellitus 666.* — **Klotz.** *Rachitis 666.* — **Jödelke.** *Oxyuren 666.* — **Comby.** *Bromexanthem 666.* — **Cramer.** *Hautkrankheiten 667.* — **Jampolsky.** *Metastatische Ophthalmie 667.* — **Rittenhouse.** *Arterienrigidität 667.* — **Thatcher.** *Tylosis 667.* — **Hill.** *Vitiligo 668.* — **Unger.** *Melaena 668.* — **Ott.** *Pneumonie 668.* — **v. Gielczynski.** *Lungenemphysem 669.* — **Schmidt.** *Pleuraempyem 669.* — **Pielsticker** und **Vogt. Volhard** *669.* **Variot** und **Morancé.** *Pneumothorax 670.* — **Nicoll** und **Fiedler.** *Mastoiditis 670.* — **Poyntau** und **Paine. Fowler.** *Appendizitis 670.* — **Birk.** *Pyelitis 670.* — **Haase.** *Akne 670.* — **Geronné.** *Pneumokokkenserum 671.* — **Reh.** *Pneumokokkenangina 671.* — **Doering.** *Meningokokken 671.* — **Davis.** *Streptokokken in Milch 671.* — **Negri** und **Raynaud.** *Micrococcus melitens 671.* — **Schottmüller.** *Liquor cerebrospinalis bei Infektionskrankheiten 672.* — **Noguchi, Tomaszewski, Lühmann.** *Syphilis 673.* — **Rumpf** *673.* **v. Linden, Meissen, Strauß, Thöni** und **Thaysen, Weber** *674.* **Weber** und **Steffenhagen. Weber** und **Dieterlen, Rothe** und **Bierothe, Rauströnn, Schröder** *675.* **Macalister, Wilson, McNeil.** *676.* **Wachenheim** *677.* **Pottenger Hymanson, Talbot M.** und **A. Weiß** *678.* **Pollak, Kober, Sorgo, Armand-Delille** *679.* **Delay, Junker** *680.* **v. Leube, Lüdke** und **Sturm** *681.* **Vogt.** *Tuberkulose 682.* — **Beintker, Orundjiew, Graham** und

Campbell *689.* **Rehberg, Boroughton-Alcock, Freund, Pfeiffer** und **Bessau, Maverick, Griffith** *683.* **Ssakara.** *Typhus 684.* — **Lukas** und **Priser, Aronson** und **Sommerfeld, Anderson** und **Goldberger.** *Masern 684.* — **Kolmer, Szekeres, Lenzmann** *685.* **Umber, Gautier, Kretshmer.** *Scharlach 686.* — **v. Drigalski, Benesi, Leede, Blühdorn** *687.* **Porak, Veau.** *Diphtherie 688.* — **Camus.** *Variola 688.* — **Engelbrecht.** *Lepra 688.* — **Newberger.** *Tetanus 689.* — **Fromme, Sagakuchi** und **Watabiki.** *Gonorrhöe 689.* — **Ladd, Galisch.** *Pertussis 689.* — **Noguchi.** *Rückfallfieber 689.* — **Thomsen** und **Magnussen.** *Echinokokken 690.* — **Klemm.** *Osteomyelitis 690.* — **Matti.** *Halsfistel 690.* — **Morse.** *Ösophagusstenose 690.* — **d'Oelsnitz.** *Tracheobronchialdrüsenerkrankung 691.* — **Guinon.** *Lymphangiom der Zunge 691.* — **Bierhoff.** *Beschneidung 691.* — **Sarfels.** *Störungen des Bewegungsapparates 601.* — **Ebert.** *Nierensteine 691.* — **Guleke.** *Förstersche Operation 691.* — **Baisch.** *Kinderlähmung 692.* — **Lange.** *Entbindungslähmung 692.* — **Roux.** *Chorea 693.* — **Zappert, Maier, Ulrich.** *Epilepsie 693.* — **Souček.** *Vasomotorische Hemiplegie 694.* — **Reuben.** *Geistige Minderwertigkeit 694.* — **Fürsorge. Weber.** *Milchversorgung auf dem Lande 694.* — **Berichte.** *Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien (Pädiatrische Sektion) 696.* — **Besprechungen. Reyher.** *Röntgenverfahren in der Kinderheilkunde 706.* — **Haike.** *Röntgenuntersuchung der Nasennebenhöhlen 707.* — **Panse.** *Pathologische Anatomie des Ohres 707.* — **Klose.** *Chirurgie der Thymusdrüse 707.* — **Baumgarten.** *Kinderkrankheiten 709. Zur Frage der Berufsvormundschaft 709 u. 710.* — **Beck.** *Wellübel des Todes und der Geburt 710.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin W. 50., Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Straßburg | **Göppert** Göttingen | **Knöpfelmacher** Wien | **Moro** Heidelberg | **Thiemich** Magdeburg | **Tobler** Breslau

Berend Budapest | **Comba** Florenz | **Johannessen** Kristiania | **Koplik** New-York | **Marfan** Paris | **Thomson** Edinburg | **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XI. **Referate.** **Nr. 11.**

Sammelreferat über die dermatologische Literatur des Jahres 1912.

Von Privatdozenten **Dr. Carl Leiner.**

Hereditäre Lues.

Die Arbeiten von Welde (58) und Noeggerath (41) beschäftigen sich mit den Erfolgen der Salvarsantherapie bei hereditärer Lues. Welde ist mit der Salvarsanbehandlung recht zufrieden, hebt aber hervor, daß die Erfolge nicht besser sind als bei der früheren Quecksilber- und Jodbehandlung. Die Methodik bestand zunächst in subkutaner Einverleibung in Altscher Lösung, einige Male in Ölsuspensionen. Fast regelmäßig kam es zu Infiltrat- und Nekrosebildung an der Injektionsstelle. In mehreren Fällen wurde versucht, intravenös zu injizieren. Die Dosierung des Mittels richtete sich nach dem Körpergewichte und betrug 0·008 bis 0·01 pro Kilogramm. Nach der Injektion stieg fast immer die Temperatur auf 38° C und höher, sank aber innerhalb der nächsten 12 bis 24 Stunden wieder zur Norm ab. Die Haut- und Schleimhauterscheinungen heilten rasch ab; Leber-, Milz- und Drüsenschwellungen wurden nicht günstig beeinflußt. Noeggerath (41) spritzte, dem Vorgange Fehdes folgend, konzentrierte Lösungen in die Schädelvenen. Ganz junge Säuglinge bei schlechtem Allgemeinzustande sind nicht mit Salvarsan zu behandeln. Die intravenöse Injektion ist schon aus dem Grunde anderen Applikationen vorzuziehen, weil sie späterhin weniger Gefahren bietet als die sonstigen Methoden; die Hauptschäden bestehen in Ernährungsstörungen toxischen Ursprungs, die sich am 8. bis 19. Tage p. i. zeigen.

Kerl (33) berichtet in seiner Arbeit, die sich mit den Erfahrungen über Neosalvarsan bei Erwachsenen beschäftigt, über einen erwähnenswerten, ein hereditär luetisches Kind betreffenden Fall. Der 20 Wochen alte Säugling zeigt ein charakteristisches luetisches Exanthem an verschiedenen Körperstellen. Die Mutter hatte keine sichtbaren luetischen Erscheinungen, gab aber eine positive Wassermannsche Reaktion. Sie erhielt 0·6 Neosalvarsan intravenös injiziert. Das Kind wurde an der Brust gelassen, nicht behandelt. 12 Stunden nach der Injektion der Mutter hatte der Säugling eine Temperatur von 37·5; 24 Stunden später wieder normale Temperatur. Das Exanthem ging in den nächsten Tagen rasch zurück. Die Untersuchung der Milch auf Arsengehalt ergab ein positives Resultat. Da die Mutter keine luetischen Erscheinungen bot, so war eine Überschwemmung mit freiwerdenden Endotoxinen nicht anzunehmen. Andronescu (2) bekennt sich auf Grund seiner Erfahrungen als begeisterter Anhänger der Salvarsantherapie bei hereditärer Lues, und zwar sowohl der indirekten wie der direkten Behandlungsmethode. Rosenbergs (48) Arbeit beschäftigt sich mit der Besprechung der verschiedenen Ikterusarten bei hereditärer Syphilis. Er will folgende Formen unterscheiden:

1. Einen angeborenen schweren Ikterus, entstanden durch Verschluß der großen Gallengänge, durch ein Gumma der Leberpforte (echter Stauungs- oder mechanischer Ikterus).

2. Durch Cholangitis gummosa entstanden.

3. Einen schweren Ikterus, entstanden während der ersten Eruptionsperiode, mit parenchymatöser Degeneration der Leberzellen, ohne nennenswerte interstitielle Entzündung.

4. Einen Ikterus, entstanden um die Zeit der Hauteruptionen bei bereits bestehender hochgradiger interstitieller Hepatitis und endlich einen Ikterus, kompliziert durch gleichzeitig bestehende Infektionskrankheiten (2 Fälle).

Ein anatomisches Substrat läßt sich nicht für alle diese Ikterusformen erbringen.

Thomsen und Boas (54) haben die Frage der Wassermannschen Reaktion bei angeborener Syphilis eingehend studiert. Sie kommen zu folgenden Schlußsätzen:

1. Kinder syphilitischer Mütter verbleiben viel häufiger gesund, wenn das Blut der Mutter keine positive Wassermannsche Reaktion ergibt. Das Fehlen der Reaktion hat jedoch nur dann prognostische Bedeutung, wenn es nicht in einer kurz vorher stattgehabten antisyphilitischen Behandlung begründet ist.

2. Kinder, die längere oder kürzere Zeit nach der Geburt Anzeichen einer angeborenen Syphilis zeigen, werden nicht immer mit positivem Wassermann geboren, zeigen aber konstant positive Reaktion, wenn die Krankheit manifest wird.

3. In vereinzelten Fällen können die Kinder bei der Geburt positiv reagieren, ohne später Anzeichen von Syphilis zu haben.

Die Reaktion schwindet dann kurz nach der Geburt. Vermutlich handelt es sich um ein Übertreten reagierender Substanzen von der Mutter auf den Fötus.

4. Syphilitische Veränderungen des Nabelstrangs und der Plazenta können in einzelnen Fällen vorkommen bei Kindern, die sich später als syphilitisch erweisen, obwohl ihr Blut bei der Geburt keine Reaktion ergab.

5. Kinder und ältere Individuen mit den verschiedenen Manifestationen kongenitaler Syphilis ergeben stets positive Reaktion.

6. Die Mütter syphilitischer Kinder sind selbst syphilitisch.

Die Arbeit von Vas (56) befaßt sich mit den weiteren Entwicklungs- und Gesundheitsverhältnissen der mit Lues congenita behafteten Kinder. Das Körpergewicht der fast ausschließlich natürlich ernährten luetischen Kinder war im Endresultate geringer als jenes von gesunden luesfreien an der Brust ernährten Säuglingen.

Bei ungefähr zwei Dritteln der luetischen Säuglinge kam es zu Rezidiven, besonders bei Kindern aus Familien, wo mütterliche Belastung, Pemphigus und Osteochondritis vorhanden war. Die geistige Entwicklung der Kinder war im allgemeinen befriedigend, auffallende geistige Defekte wurden nicht beobachtet.

Knöpfelmacher und Schwalbe (34) befassen sich in ihrer Arbeit mit der Frage der Beziehungen des Hydrozephalus zur Lues. Sie kommen zu dem Schlusse, daß die Lues hereditaria oft zur Hydrozephalie führt, daß diese zumeist mäßigen Umfanges ist, daß aber der Hydrocephalus chronicus congenitus, welcher zu Ballonschädel führt, nur ausnahmsweise mit Lues in Zusammenhang gebracht werden kann.

Skarlatina.

Das Rumpell-Leede-Symptom, das in dem Auftreten von Hautblutungen nach leichter Stauung besteht, wird von May (38) nicht als pathognomonisch für Scharlach anerkannt. Wladimiroff (60) gibt für das Entstehen der Himbeerzunge, die nach seiner Erfahrung nicht nur bei Scharlach, sondern auch bei Masern vorkommen kann, folgende Erklärung: Das Exanthem befällt auch die Mundschleimhaut. Das vielschichtige Epithel der Zunge reagiert auf den akuten Entzündungsprozeß mit Trübung des Epithels, infolgedessen der Belag auftritt. Das darauffolgende Absterben der oberen Epithelschichten und ihre mechanische Entfernung führt dann zur Reinigung der Zunge und gleichzeitig damit treten auch die Schwellungen der Follikel auf. Zur Unterscheidung der scharlachähnlichen Serumexantheme vom echten Scharlach empfiehlt Umber (55) die Ehrlichsche Paradimenthylamidobenzoldehydreaktion, die bei echtem Scharlach in 96% positiv ausfällt. Im Verlaufe zeigt das scharlachähnliche Serumexanthem keine besonderen Differenzen gegenüber dem echten Scharlach. Von Komplikationen nach Scharlach berichten die Arbeiten von Mc Criric (12) und von Silberstein (51). Der erstere beobachtete einen Fall von Purpura fulminans nach Scharlach mit

letalem Ausgange und hebt hervor, daß von 64 Fällen von Purpura fulminans, die in der Literatur mitgeteilt sind, 17 im Gefolge von Scharlach aufgetreten sind.

In Silbersterns (51) Fall kam es zu ausgedehnter symmetrischer Hautgangrän der Unterschenkel bei gleichzeitig bestehender hämorrhagischer Nephritis. Bezüglich der Pathogenese der Gangrän glaubt der Verf. in Übereinstimmung mit Potpeschnigg, daß die durch Toxine bedingten Schädigungen des kapillaren beziehungsweise präkapillaren Gefäßsystems eine Rolle spielen. Lenzmann (35) will durch intravenöse Salvarsaninjektion den Verfauf des Scharlachs günstig beeinflussen.

Masern.

Fedou (17) erwähnt in seiner Arbeit einige Besonderheiten einer Masernepidemie. So hat der Autor die Masernerkrankung bei zwei Neugeborenen beobachtet und in 2 Fällen Rückfälle kurze Zeit nach dem Abheilen des Exanthems gesehen. Auf eine leichte Temperatursteigerung in der präeruptiven Periode macht Rohmer (47) in Übereinstimmung mit anderen Autoren aufmerksam. Nach seinen Erfahrungen ist das exanthematische Studium bis in seine letzten Ausläufer hinein noch ansteckend, während im Abschuppungsstadium die Infektiosität erlischt. Goetze (25) will in dem Masernexanthem nichts für die Erkrankung Pathognomonisches sehen; es ist auch bei anderen Infektionskrankheiten anzutreffen: so bei der Weilschen Krankheit, beim Schlammfieber in Japan, als postvakzinales Exanthem usw.

Aus einem Tierversuche — Übertragung von 1 cm³ defibriniertem Blute auf ein 10 Wochen altes Ferkel — will der Autor die Übertragbarkeit der Masernerkrankung auf das Schwein erwiesen haben. (Der Fall, von dem der Autor ausgeht, läßt sich nach der Beschreibung nicht als einwandfreie Masernerkrankung erkennen. Ref.) Anderson und Goldberg (1) berichten über ihre experimentellen Untersuchungen über das Masernvirus. Die Infektiosität des Blutes beginnt 24 Stunden vor Ausbruch des Exanthems und hält zirka 48 Stunden an. Das Virus ist filtrierbar. Auch Mund- und Masernsekret enthält lebendes Virus. Die Schuppen sind nicht infektiös. Als Experimentaltier verwendeten die Autoren den Affen.

Varizellen.

Feilchenfeld (19) hebt die bereits von anderer Seite gemachte Beobachtung hervor, daß das Exanthem zuerst an einer hautgereizten Stelle auftritt und sich dann erst am übrigen Körper ausbreitet. Die Beziehungen zwischen Varizellen und Herpes zoster, auf die seinerzeit Bokay hinwies, werden von Heim (28) neuerdings bestätigt.

Auf Grund einiger Beobachtungen stimmt Heim (28) mit Bokay überein, daß der bisher unbekannte Infektionsstoff der Varizellen unter gewissen, bisher unbekannten Umständen statt einer

allgemeinen Eruption in Form eines Herpes zoster sich äußern kann, welcher weiterhin zu einer typischen Varizellenerkrankung führen kann.

Maul- und Klauenseuche.

Fischer (21) führt in seiner Arbeit eine Reihe von Schleimhaut- und Hautveränderungen an, die er auf den Genuß von eingekochter Milch kranker Kühe zurückführt. Es kann zu Stomakake, schweren Anginen, zu pustulösen Ausschlägen im Gesichte und den Extremitäten kommen.

Tuberkulose und Skrofulose.

Baumel (5) beschreibt einen Fall von Lupus der Wange bei einem 11 Monate alten Kinde; als Infektionsquelle dürfte die Mutter anzusehen sein, die an Lungentuberkulose litt.

Wittich (59) berichtet über seine Versuche einer poliklinischen Tuberkulinbehandlung der kindlichen Skrofulose und Tuberkulose. Es wurden nur kleine Dosen verwendet und die Kur in vorsichtiger Weise etwa 2 Monate fortgesetzt. Begonnen wird mit $^1/_{1000}$ mm Alttuberkulin und ganz langsam angestiegen, um Fieber und stürmische Reaktionen möglichst zu vermeiden. Die Erfolge an dem ambulanten Material sind zufriedenstellend. Sie bestanden

1. im Schwinden der äußeren skrofulösen Stigmata,
2. im Verschwinden der tuberkulösen Phlyktäne,
3. im Verschwinden der Hauttuberkulide und im Besserwerden des Allgemeinzustandes.

Moltschanoff (39) teilt seine Beobachtungen über v. Pirquets Tuberkulinreaktion bei akuten Infektionskrankheiten mit.

Bei allen Masernkranken (100%) ist während der ganzen Exanthemperiode ein völliger Verlust der Empfindsamkeit dem Tuberkulin gegenüber bei kutaner Verwendung zu beobachten. Bei Scharlachkranken wird während des Ausschlags in 85% aller Fälle der vollständige Verlust der Empfindsamkeit und in 15% ihre Abschwächung beobachtet. Bei Diphtherie ist ein völliger Schwund nur in 12·5% und eine Abschwächung in 50% beobachtet.

Die Serumkrankheit wirkt scheinbar ebenfalls in depressivem Sinne auf die Reaktion, dagegen übt Varicella und Angina diplococcica keinen derartigen Einfluß aus. Moros (40) Arbeit behandelt die Diätetik der Skrofulose. Die Beobachtungen Moros (40) über Mästung bei Skrofulose mit und ohne exsudative Erscheinungen führen zu dem bemerkenswerten Resultat, daß sowohl die Skrofulose als auch die Diathese durch die Mästung günstig beeinflußt werden. Daraus geht hervor, daß die exsudativen Erscheinungen bei der Skrofulose in erster Linie gewiß nicht alimentärer, sondern spezifischer Natur sind. Moro (40) empfiehlt die Fettmast ausschließlich bei echter Skrofulose, also nur dort, wo im Organismus Tuberkulose

und exsudative Diathese in innigste Beziehung zueinander treten, dagegen nicht, wo es sich um zufälliges Zusammentreffen von Tuberkulose und Diathese handelt (Strofulus, Ekzem und Tuberkulose).

Das Erythema nodosum, das von den meisten Autoren zu den Rheumatoiden gerechnet wird, wird neuerdings in Beziehung zur Tuberkulose gebracht.

Die Arbeiten von Pollak (26), Dunlose (14) und Sezary (50) beschäftigen sich mit dieser Frage. Nach Pollaks Untersuchungen fällt die Tuberkulinreaktion bei Fällen mit Erythema nodosum immer positiv aus. Der Beweis, daß das Erythema nodosum selbst eine tuberkulöse Hautaffektion ist, konnte nach Pollak nicht erbracht werden, da die Tierversuche, angestellt mit exzidierten Knoten und dem Blute der betreffenden Patienten, negativ ausgefallen sind. Dunlose (14) und Sezary (50) teilen je einen Fall von tuberkulöser Meningitis mit, der ein Erythema nodosum vorausgegangen war. Durante (15) wendet sich in seiner Arbeit gegen die Annahme einer Beziehung von Erythema nodosum zur Tuberkulose, zumal in 3 Fällen die Pirquetsche Reaktion negativ ausgefallen war.

Impetigo contagiosa.

K. Dohi und Sh. Dohi (13) befassen sich in ihrer Arbeit mit der Klinik und Ätiologie der Impetigo contagiosa. Sie unterscheiden zwei Formen dieser Erkrankung — die Impetigo contagiosa albostaphylogens und die Impetigo contagiosa streptogenes. Die erste tritt besonders in der warmen Jahreszeit epidemisch, fast ausschließlich bei Kindern auf. Die unbedeckten Körperstellen werden bevorzugt. Klinisch ist diese Form charakterisiert durch Blasen mit klarem Inhalte und dünne Krustenbildung im Stadium der Abheilung. Die Impetigo streptogenes ist die gewöhnliche Form der Impetigo contagiosa, die auch in Europa stets sporadisch vorzukommen pflegt. Walter Pick (45) bringt einen für die Frage der Ätiologie der Impetigo contagiosa neuen Befund. Bei einer großen Zahl von Impetigofällen fand der Verf. im Bläscheninhalte, im Krustensekrete Zellformen, die große Ähnlichkeit mit Entwicklungsstadien gewisser Kokzidien aufwiesen. Die Gebilde finden sich teils frei, teils in Epithelzellen oder Leukozyten eingeschlossen.

Dieselben Formen fanden sich auch im Sekrete der Conjunctivitis lymphatica. Auffallend ist, daß diese Befunde bei Impetigo contagiosa nur zu bestimmten Zeiten erhoben werden konnten und während der ganzen Winterszeit fehlten. Vielleicht weist dies daraufhin, daß die Impetigo keine einheitliche ätiologische Gruppe darstellt. Auf die Beziehungen der Dermatitis exfoliativa Ritter zum Pemphigus contagiosus wird von Sorgente (53) hingewiesen. Die Dermatitis Ritter stellt oft nur eine schwere Varietät des Pemphigus vor. Doch muß die Dermatitis Ritter nicht immer wie der Pemphigus neonatorum parasitären Ursprungs sein, sondern kann auch eine toxische oder irritativ mechanische Ursache haben.

Die Prädisposition zu dieser Erkrankung liegt vielleicht in einer angeborenen Schwäche der Haut.

(Die Fälle, die Sorgente (53) anführt, weichen von dem gewöhnlichen Bilde der Dermatitis ab und gleichen mehr der Erythrodermia desquamativa. Ref.)

Hazen (27) weist in seiner Arbeit auf Beziehungen des Pemphigus foliaceus zum Pemphigus neonatorum hin. Während im allgemeinen der Pemphigus foliaceus nur als eine besondere Form des Pemphigus vulgaris aufgefaßt wird, dessen Ätiologie noch nicht geklärt ist, sieht der Verf. in dem Pemphigus foliaceus eine Pyozyaneuserkrankung.

Hautdiphtherie.

Bei einem Falle von Rhinitis und Vulvitis diphtheritica fand Verbizier (57) auch in Furunkeln an verschiedenen Stellen des Körpers Diphtheriebazillen.

Säuglingsfurunkulose.

Szily (52) und Beck berichten in ihren Arbeiten über gute Resultate der Behandlung der Furunkulose mit Autovakzine.

Beck hat auch von der Histopinbehandlung der Furunkulose (wässeriger Extrakt aus Staphylokokkenkulturen nach Wassermann) gute Erfolge gesehen.

Mykosen.

Geber (23) macht interessante Mitteilungen über eine kleine Favusepidemie in einer Säuglingsanstalt. Die Epidemie nahm ihren Anfang von einem Kinde einer seit 30 Jahren an Kopffavus leidenden Frau. Der Säugling erkrankte an einem disseminierten Favus. Nicht nur Säuglinge desselben und des anstoßenden Zimmers wurden infiziert, sondern auch Kinder in ganz entfernt gelegenen Zimmern mit anderem Pflegepersonale. Ältere Kinder und Mütter wurden nicht infiziert. Daraus schließt der Autor mit Recht, daß bei Neugeborenen eine besondere Empfindlichkeit der Haut bestehen muß. Die Inkubation beträgt 6 bis 10 Tage.

Bloch (7) gibt uns in seiner Arbeit einen guten Überblick über die Trichophytien und verwandte Pilzerkrankungen der Haut, während Riehls (49) Arbeit sich hauptsächlich mit der Klinik des Mikrosporie und ihrer Differenzierung gegenüber Ekzem, Psoriasis, Seborrhöe, Alopecia areata u. a. beschäftigt.

Dermatosen unbekannter Ätiologie, Ekzeme, exsudative Diathese.

Feer (18) gibt eine erschöpfende Übersicht über die Klinik und Pathogenese des Ekzems im Kindesalter. Die Pädiater halten seit jeher fest an der Bedeutung der Konstitution und Ernährung

des betreffenden Individuums für die Entstehung des Ekzems. In neuerer Zeit war es namentlich Czerny, der mit Nachdruck auf die Wichtigkeit dieser Anschauung hinwies und uns mit dem Symptomenbilde seiner exsudativen Diathese, einer angeborenen, meist familiären Konstitutionsanomalie bekannt machte. Fast alle Kinderärzte haben sich der Auffassung Czernys angeschlossen und fassen das Ekzem als Symptom einer bestehenden Konstitutionsanomalie auf.

Nach Feer (18) muß man konstitutionelle oder disponierende Ursachen einerseits und auslösende provozierende Ursachen anderseits unterscheiden. Disponierende Ursachen geben die exsudative oder lymphatische Diathese ab, wobei als disponierende Einzelmomente: Erblichkeit, familiäres Auftreten, Alter, Geschlecht, Hautpigmentation, Neuropathie und Stoffwechselstörungen zu betrachten wären. Unter den auslösenden Ursachen unterscheidet Feer (18)

1. äußere Ursachen, wie mechanische, chemische und thermische Schädlichkeiten und

2. immer auslösende Ursachen, als welche Magen-, Darmstörungen, intestinale Intoxikationen, Infektionskrankheiten gelten können.

Feer bespricht das nässende krustöse Kopfekzem, das disseminierte trockene Ekzem, das skrofulöse Ekzem, den Intertrigo, die Erythrodermia desquamativa und den Strophulus. Mit den Hauterscheinungen kombinieren sich häufig Schleimhautveränderungen, wie Landkartenzunge, Katarrhe des Respirationstraktes, Darmerscheinungen. Die bei Ekzem mitunter vorkommenden plötzlichen Todesfälle sind auf einen bestehenden Status thymicus oder auf eine latente Sepsis zurückzuführen.

Die Behandlung des Ekzems beschränkt sich nicht auf äußere Maßnahmen, sondern soll auch diätetischer Art sein. Im allgemeinen übt eine Reduktion der Nahrung einen günstigen Einfluß auf die Heilung der Ekzeme aus. Daß diese Reduktion nicht bei jedem Ekzemfall durchgeführt werden darf, hebt neuerdings wieder Finkelstein (20) besonders hervor. Bei knapp ernährten, nur mäßig zunehmenden Ekzemkindern ist jede einschneidende Kostbeschränkung zu vermeiden; ja, bei solchen Fällen kann das Ekzem durch reichliche Ernährung gebessert oder gar geheilt werden.

Gute therapeutische Erfolge bei Ekzem sah Perlmann (44) durch Heißluftbehandlung, Bantin (4) lobt Pellidol und Azodolen, dem Scharlachrot verwandte Präparate zur Behandlung der Ekzemformen.

Halberstadt (26) teilt einen Fall von akuter Nephritis nach impetiginösem Ekzem mit.

Aschenheim (3) studierte die Frage der Eosinophilie bei exsudativer Diathese.

Seine Befunde sprechen gegen die Auffassung Rosensterns, daß die Eosinophilie ein dem Ekzem koordiniertes Symptom der exsudativen Diathese sei.

Erytheme.

Geber (24) faßt die idiopathischen Erythemfälle als leichte Sepsisfälle auf und zeigt an der Hand seiner Untersuchungen, daß es mitunter gelingt, ihre Ätiologie und Pathogenese genau festzustellen. Fearnsides (16) erwähnt einige Fälle von schwerer Darmerkrankung, die von verschiedenen Hautveränderungen, wie Erythem, Urtikaria, Purpura, Teleangiektasien begleitet waren. Comby (10) bespricht in seiner Arbeit Details der Cutis marmorata, die besonders häufig bei Luetikern, bei Tuberkulose, Myxödem, Mongoloiden, und zwar nicht nur vorübergehend, sondern ständig anzutreffen ist.

Nobl (42) bringt einen Beitrag zur Pathologie der vakzinogenen Ausschläge; er unterscheidet zwei Typen der generalisierten Vakzine. Bei der einen Form handelt es sich um exanthematisch ausgestreute mikropapulöse Effloreszenzen, deren vakzinale Natur aus der zeitlichen Beziehung zu den Impfaffekten zu erkennen ist. Die zweite Form stellt ein Exanthem dar, dessen Einzeleffloreszenzen alle kennzeichnenden Eigenschaften der Kuhpocke darbieten. Bei der Vaccine generalisata dürfte es sich um eine verzögerte Antikörperbildung handeln, welche die Propagation und Vermehrung des zirkulatorischen Virus nicht im Säftestrome zu vernichten vermag und dasselbe erst bei seiner Degenerierung und regionären Vermehrung in der Haut erreicht.

Comby (9) gibt eine kurze Übersicht über Bromexantheme und erwähnt einen Fall, der sich an die schon bekannte kleine Zahl von Beobachtungen anschließt, daß ein Brustkind, dessen Mutter aus irgend einer Ursache längere Zeit Brom nimmt, ein Bromexanthem akquirieren kann. Es handelt sich in solchen Fällen um Übergang des Broms durch die Milch in den kindlichen Organismus.

Vitiligo.

Im Anschlusse an heftiges Erschrecken kam es in dem von Mallinckrodt (37) mitgeteilten Fall zur Bildung von Vitiligoflecken am Stamme und allmählich zum völligen Ergrauen der Haare. Späterhin trat noch eine leichte Chorea auf. Im Anschlusse an zwei andere in der Literatur mitgeteilte Fälle will der Verf. eine gemeinsame Grundlage für Vitiligo und Chorea annehmen, nämlich eine besondere Anfälligkeit des Nervensystems gegenüber gewissen Schädlichkeiten, die teils in den bei Infektionskrankheiten sich bildenden Giften, teils in einem möglicherweise sich bildenden Autotoxin zu suchen sind. Hierher gehören auch die Fälle von Vitiligo nach Skarlatina; ein derartiger Fall wird von Hill (29) beschrieben.

Tumoren.

Odstrčil (43) beschreibt einen seltenen Fall von multiplem Riesenzellensarkom der Haut mit Metastasen in inneren Organen bei einem 6 Monate alten Kind. Magyar (36) demonstriert in der Sitzung vom 13. Juni 1912 in der Gesellschaft für innere Medizin

und Kinderheilkunde ein $6^1/_2$ Monate altes Kind mit Hämangionen im Gesichte, die in letzter Zeit exzessiv gewachsen sind und wahrscheinlich sarkomatös entartet sind. Ein zweites Kind mit Schwimmhosennaevus, in dessen Bereich erodierte Knoten — Sarkome — aufgetreten sind.

Haarerkrankungen.

Hübner und Walter (31) hatten Gelegenheit, eine kleine Epidemie von Trichorrhexis nodosa bei Schulkindern in einem kleinen Orte Thüringens, und zwar ausschließlich bei Mädchen, zu beobachten.

I. Angeborene Dermatosen.

Galewsky (22) berichtet über 3 Fälle von Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis, die mit dem von Brocq 1902 beschriebenen Krankheitsbilde übereinstimmen. Es handelt sich um eine kongenitale Affektion, welche das ganze Leben hindurch ohne besondere Veränderung, vor allem ohne Störung des allgemeinen Gesundheitszustandes fortbesteht. Sie äußert sich in einer allgemeinen gelblichroten Verfärbung der Haut — besonders stark im Gesichte — einem ichthyosisartigen Zustande der Haut, einer Hyperkeratose der Hände und Füße und in einzelnen Fällen speziell am Halse, Nacken und an den Gelenksbeugen in einer beträchtlichen Steigerung der Papillenwucherung. Die Affektion findet sich mehr bei weiblichen als bei männlichen Individuen und nicht selten bei mehreren Mitgliedern einer Familie.

Brocq hat seinerzeit dieses Krankheitsbild als Erythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie genau beschrieben und auf die Übergangsformen zum Keratoma palmare et plantare, zum Keratoma malignum, zur Epidermolysis bullosa hereditaria usw. hingewiesen. Diese Fälle von ichthyosiformer Erythrodermie stellen nach Bruhns (8) sogenannte Übergangsformen von der Ichthyosis congenita zu der Ichthyosis vulgaris dar. Gerade diese Formen scheinen dafür zu sprechen, daß wir nicht berechtigt sind, beide Ichthyosisarten als etwas prinzipiell ganz Verschiedenes anzusehen. Manche dieser Fälle sind mit körperlichem und geistigem Zurückgebliebensein kombiniert.

Kantor (32) bespricht an der Hand eines Falles die Theorien über die Entstehung des Naevus linearis systematicus. Die älteste Theorie stammt von Bärensprung, der einen Zusammenhang zwischen Nervenverlauf und Nävi annahm. Erkrankungen des Spinalganglions sollten zur Entstehung dieser Nävi führen.

Diese Theorie wird heute nicht mehr anerkannt, vor allem weil pathologisch anatomisch keine Veränderungen der Intervertebralganglien zu konstatieren sind. Kantor (32) schließt sich der Auffassung Blaschkos an, daß an dem Auftreten der in Rede stehenden Hautaffektion Entwicklungsstörungen im embryonalen Leben maßgebend sind.

Hinselmann (30) sah bei einem Neugeborenen das Gesicht bedeckt mit zahlreichen weißlichen Bläschen, die sich hart anfühlten und frei von entzündlichen Erscheinungen waren. Auch auf der behaarten Kopfhaut, auf Brust und Rücken waren die gleichen Gebilde vorhanden. An den Fußsohlen standen dichgtestellte Bläschen mit wasserklarem Inhalte. Unter Abschuppung heilte der Prozeß am 7. Tage ab, die Haut wurde glatt und normal. Der Autor faßt die Veränderungen an den Fußsohlen als Schweißdrüsenzysten, die am übrigen Körper als Stauung des Talgdsüsensekrets in den Haarbälgen auf. (Miliaria sebacea Jacquet et Hydrocystomatosis congenitalis.)

Comby (11) stellt die Lingua scrotalis der Lingua geographica gegenüber. Die Lingua scrotalis, Faltenzunge, ist eine kongenitale familiäre Anomalie, während die Landkartenzunge erst nach den ersten Lebensmonaten sich ausbildet. Comby (11) faßt die Faltenzunge als eine trophische Störung auf, als eine Mißbildung, deren eigentliche Ursache unbekannt ist und die man am besten mit der Ichthyosis der Haut vergleichen kann.

Literatur.

1. **John F. Anderseu** and **Joseph Goldberg.** Recent Advances in our knowledge of measles. Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Juli, S. 20.
2. **Eugen Andronesen.** Die Anwendung des Salvarsans bei hereditärer Lues. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 16, S. 761.
3. **Erich Aschenheim.** Eosinophilie und exsudative Diathese. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XI, S. 269.
4. **Bantin.** Pellidol und Azodolen zur Behandlung der Ekzeme bei exsudativer Diathese. Münchner med. Wochenschr., Nr. 39, S. 2107.
5. **L. Baumel.** Lupus de la face chez un nourrisson. Journ. des prat., Nr. 3, S. 33.
6. **S. C. Beck.** Heilversuche mit der lokalen Immunisierung der Haut nach v. Wassermann. Med. Klinik, Nr. 22, S. 907.
7. **Bruno Bloch.** Die Trichophytien und verwandte Pilzerkrankungen der Haut. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, Nr. 1.
8. **C. Bruhns.** Die atypischen Ichthyosisfälle und ihre Stellung zur Ichthyosis congenita und I. vulgaris. Arch. f. Dermatol. u. Syphil., Bd. 113, S. 187.
9. **J. Comby.** Bromides papulo tuberculeuses chez les enfants Arch. de méd. des enfants, Nr. 6, S. 454.
10. **J. Comby.** La Livedo chez les enfants. Arch. de méd. des enfant , Nr. 11, S. 801.
11. **J. Comby.** La langue scrotale chez les enfants. Arch. de méd. des enfants, Bd. XIV, S. 161.
12. **T. Crirle.** Purpura fulminans im Gefolge von Scharlach. Brit. Journ. of Child. Dis., S. 154.
13. **K. Dohi** und **Sh. Dohi.** Zur Klinik und Antiologie der Impetigo contagiosa. Arch. f. Dermatol. u. Syphil., Bd. III, S. 629.
14. **James Dunlose.** Erythema nodosum and Tuberculosis. The Brit. Med. Journ., 1912, Bd. II, Nr. 2690, S. 120.
15. **D. Durante.** L'eritema nodoso nei bambini. La Paediatria Nr. 9, S. 677.
16. **E. Fearnsides.** Telangiectases in children in association with wasting and protected diarrhoea. Brit. Journ. of Dermatol., Bd. XXIV, S. 35.

17. **Fedou.** Une epidemie de Rougeole en 1905. Arch. des méd. des enfants, Bd. XV, S. 279.

18. **E. Feer.** Das Ekzem mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. Ergebnisse d. inn. Med. u. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 316.

19. **Leopold Feilchenfeld.** Hautreiz bei Windpocken. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 34, S. 1612.

20. **H. Finkelstein.** Zur diätischen Behandlung des Säuglingsekzems. Festschr. f. Prof. Kassowitz, Jul. Springer 1912.

21. **Martin Fischer.** Über Maul- und Klauenseuche. Med. Klinik, Nr. 1, S. 14.

22. **E. Galewsky.** Über Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis. Arch. f. Dermatol. u. Syphil., Bd. 113, S. 373.

23. **Hans Geber.** Über das Wesen der sogenannten idiopathischen Erytheme. Dermatol. Zeitschr., Bd. XIX, S. 782.

24. **Derselbe.** Favus bei Neugeborenen. Arch. f. Dermatol., Bd. 114, S. 101.

25. **Erich Goetze.** Über Masernexanthem und Masernübertragung. Jahrbuch f. Kinderheilk., Bd. LXXVII, S. 205.

26. **R. Halberstadt.** Akute Nephritis nach impetiginösem Ekzem. Monatschr. f. Kinderh. O. X. 569.

27. **H. H. Hazen.** A comparison of pemphigus foliaceus and dermatitis enfoliativa (Riller). The Journ. of cutaneous Dis., Bd. XIX, S. 325.

28. **Paul Helm.** Herpes zoster und Varicellen. Berliner klin. Wochenschrift, Nr. 50, S. 2349.

29. **H. K. Hill.** Vitiligo with the report of a case appearing two weeks after an attack of scarlet fever. Arch. of Pediatrics, Bd. XIX, S. 533.

30. **H. Hinselmann.** Über angeborene Sekretstauung in den Talg- und Schweißdrüsen. Arch. f. Dermatol. u. Syphil., CXI, Bd. S. 612.

31. **Hübner** und **Walter.** Über Trichorrhexis nodosa. Münchner med. Wochenschr., Nr. 3.

32. **Richard Kantor.** Zur Kasuistik des Naevus linearis systematicus. Dermatol. Wochenschr., Bd. LIV, S. 245.

33. **W. Kerl.** Erfahrungen über Neosalvarsan. Wiener klin. Wochenschrift, Nr. 45, S. 1787.

34. **W. Knöpfelmacher** und **W. Schwalbe.** Hydrocephalus und Lues. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. III, S. 428.

35. **Lenzmann.** Über die Beeinflussung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektionen. Med. Klinik, S. 687.

36. **Magyar.** Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 13. Juni 1912.

37. **K. Mallinckrodt.** Vitiligo und Chorea. Monatsschr. f. Kinderheilkunde, Bd. X, S. 572.

38. **Michael May.** Rumpell-Leede. Phenomenon of scarlet Fever. Arch. of Pediatrics, Bd. XXIX, S. 298.

39. **W. J. Moltschanoff.** Beobachtungen über v. Pirquets Tuberkulinreaktion bei akuten Infektionskrankheiten bei Kindern. Jahrbuch f. Kinderheilk., Bd. LXXV, S. 435.

40. **E. Moro.** Zur Diätetik der Skrofulose. Monatsschr. f. Kinderheilkunde, Bd. XI, S. 20.

41. **C. T. Noeggerath.** Klinische Beobachtungen bei der Salvarsanbehandlung syphilitischer Säuglinge. Jahrbuch f. Kinderheilk., Bd. LXXV, S. 131.

42. **G. Nobl.** Zur Pathologie vakzinogener Ausschläge. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 427.

43. **J. Odstrčil.** Über einen seltenen Fall von primärem multiplem Riesenzellensarkom der Haut mit Mutastasen in inneren Organen bei einem 6 Monate alten Kinde. Arch. f. Dermatol. u. Syphil., Bd. CXI, S. 869.

44. **J. Perlmann.** Heißluftbehandlung der Ekzeme im Säuglingsalter. Münchner med. Wochenschr., Nr. 2, S. 85.
45. **Walter Pick.** Zur Ätiologie der Impetigo und der Conjunct vitis eccematosa. Münchner med. Wochenschr., S. 187.
46. **Rudolf Pollak.** Erythema nodosum und Tuberkulose. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 32, S. 1223.
47. **P. Rohmer.** Zur Epidemiologie und Frühdiagnose der Masern. Jahrbuch f. Kinderheilk., Bd. LXXV, S. 78.
48. **Oskar Rosenberg.** Über Ikterus bei der hereditären Syphilis. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 16, S. 756.
49. **Gustav Riehl.** Mikrosporie in Wien. Wiener med. Wochenschr., Nr. 22, S. 1477.
50. **A. Sezary.** Erythema nodosum and tuberculous meningitis. Med. Press and circular, Juli 10., S. 32.
51. **Leo Silberstein.** Ein Fall von symmetrischer Hautgangrän bei Scharlach. Jahrbuch f. Kinderheilk., Bd. LXXV, S. 350.
52 **P. v. Szily.** Die Immunotherapie der multiplen Staphylokokkenhautabszesse der Säuglinge. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 44, S. 1739.
53. **P. Sorgente.** Über 2 Fälle von Morbus Ritter. La Pediatria, Bd. XX, S. 353.
54. **O. Thomsen** und **H. Boas.** Die Wassermannsche Reaktion bei angeborener Syphilis. Arch. f. Dermatol. u. Syphil., Bd. CXI, S. 91.
55. **F. Umber.** Scharlachartige Serumexantheme und ihre Unterscheidung vom echten Scharlach durch die Ehrlichsche Amidobenzaldehydreaktion. Med. Klinik, Nr. 8, S. 322.
56. **J. Vas.** Die weiteren Entwicklungs- und Gesundheitsverhältnisse der mit Lues congenita behafteten Kinder. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, Bd. LXXV.
57. **A. v. Verbizier.** Sur les Pyodermites à bacilles de Löffler. Ann. de Dermatol. et de Syphil., Bd. III, S. 81.
58. **Ernst Welde.** Erfahrungen mit Salvarsan bei Lues congenita. Jahrbuch f. Kinderheilk., Bd. LXXV, S. 56.
59. **Hermann Wittich.** Versuch einer poliklinischen Tuberkulinbehandlung der kindlichen Skrofulose und Tuberkulose. Jahrbuch f. Kinderheilk., Bd. LXXV.
60. **G. E. Wladimiroff.** Über die Himbeerzunge der Kinder. Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVII, S. 127.

Ergebnisse der bakteriologisch-serologischen Forschung im Jahre 1912.

Von **Dr. Th. Messerschmidt,**
Assistent der bakteriologischen Anstalt im Institut für Hygiene und Bakteriologie der Universität Straßburg.

Vorliegende „Ergebnisse" sollen eine Ergänzung zu den im Laufe des Jahres erstatteten Einzelreferaten bilden. Es war die Absicht des Referenten, die wichtigsten Arbeiten des Jahres, die einen Fortschritt in der Forschung bedeuten, noch einmal in übersichtlicher Form als Tatsachen zusammenzustellen. Auf Einzelheiten und Literaturangaben wurde daher möglichst verzichtet.

Tuberkulose.

Im Vordergrunde der Interessen stehen die Typenfrage und das Vorkommen der Bazillen im Blute.

Die exakten, einwandfreien Untersuchungen aus dem kaiserl. Gesundheitsamt bestätigen in großzügig angelegten Arbeiten die Lehre Kochs, nach der streng zu scheiden ist ein Typus humanus und ein Typus bovinus (neben anderen, die für die menschliche Pathologie nicht in Betracht kommen). Beide sind gleichmäßig pathogen für Meerschweinchen. Der Typus humanus entfaltet seine pathogenen Eigenschaften hauptsächlich gegen den Menschen, nicht gegen Rinder und Kaninchen. Bei diesen Tieren vermag er nur lokale, keine Allgemeininfektionen zu setzen. Der bovine Typ erzeugt allgemeine Tuberkulose beim Rinde und beim Kaninchen (Perlsucht!), beim Menschen ruft er lokale Erkrankungen hervor.

Umwandlungen des einen in den andern Typus sind nicht mit Sicherheit beobachtet. Eine eingehende Darstellung der Unterschiede findet sich bei Weber (Löfler-Festschrift des Zentralbl. f. Bakteriologie). Das praktische Resultat dieser Untersuchungen ist folgendes: Die tuberkulöse Infektion eines Menschen erfolgt vom kranken Menschen. (Nicht vom Rinde!) Der Kampf gegen die Tuberkulose muß sich daher gegen den kranken Menschen richten, muß zu verhindern suchen, daß dieser andere Menschen infiziert.

Der Nachweis von Tuberkelbazillen im strömenden Blute von Kranken aller Stadien gelang sämtlichen Untersuchern. Es ist also, streng genommen, die Tuberkulose als Bakteriämie aufzufassen (ebenso, wie die Syphilis, vgl. dort).

Für die Diagnose der Tuberkulose ist der Nachweis der Muchschen Granula ebenso wertvoll, wie der Befund von Tuberkelbazillen.

Die Berichte über die Chemotherapie der Tuberkulose sind wohl noch nicht spruchreif.

Diphtherie.

Der Nachweis der Diphtheriebazillen dürfte durch die Angaben von Conradi und Trosch — falls diese allgemeine Bestätigung finden sollten — mittels der Tellurplatte eine wesentliche Erleichterung gefunden haben, da auf derselben die Diphtheriebazillen als schwarze Kolonien wachsen. Auf dem von Rankin angegebenen Fuchsinnährboden sollen die Diphtheriebazillen als rote Kolonien wachsen.

Von Interesse ist auch die Angabe Walters, daß Pseudodiphtheriebazillen gelegentlich Eigenbewegung besitzen; neben der üblichen Doppelfärbung soll eine einfache Methylenblau- — richtiger wohl Gramfärbung — zur Anwendung kommen. v. Przewoski weist darauf hin, daß die Polkörperchen sehr zahlreich bei echten, spärlich bei Pseudodiphtheriebazillen vorkommen.

Bei der diagnostischen Kutanimpfung nach Art der v. Pirquetschen Tuberkulinreaktion sah v. Szontagh mit Diphtherietoxin

38% aller Kinder positiv reagieren, Diphtheriekranke reagierten 44·3% positiv.

Kolmer hält die stark granulierten Bazillen stets für virulent; sonstige Klassifizierungsversuche gelingen nur schwer, da biologische Beziehungen zwischen allen echten und unechten Di.. Baz. bestehen sollen. Diese hängen zum Teil auch wohl von der Art der Nährböden ab, besonders was die Giftbildung angeht, wie Berry und Blackburn nachwiesen. Ein Teil dieser Gifte ist an die Lipoide gebunden, eine aktive Immunisierung gegen diese ist nach Ménard nicht möglich.

Neben der subkutanen beziehungsweise intravenösen Injektion von Heilserum empfiehlt Lorcy, die diphtherischen Beläge mit in physiologischer Kochsalzlösung 1 : 30 verdünntem Heilserum zu betupfen. Die Heilung soll auf diese Weise wesentlich beschleunigt werden. Im übrigen wird von allen Seiten empfohlen, große Mengen des Heilserums möglichst intravenös, eventuell an mehreren Tagen nacheinander zu geben.

Die Entkeimung der Bazillenträger gelingt nach fast einstimmiger Angabe sämtlicher Forscher weder durch Gurgelwässer, durch Pyozyanase noch durch aktive Immunisierung. — Petruschky, ziemlich als einzigster, sah Heilung derselben durch aktive Immunisierung mit abgetöteten Bazillen.

Besondere Aufmerksamkeit dürfte in Zukunft auch der Hautdiphtherie zu schenken sein. Diese tritt in schweren, nekrotischen, tiefen Geschwüren in die Erscheinung, die sich eventuell über den Körper verbreiten. Mehrfach liegen Berichte vor, wo dieselben mit Lues verwechselt wurden; erst durch die Autopsie wurde die Diagnose gestellt. Einzelne, während des Lebens — durch die bakteriologische Untersuchung — diagnostizierte Fälle heilten nach Anwendung des Heilserums in kurzer Zeit.

Typhus.

Von Interesse sind Nachprüfungen der von Michaelis 1911 angegebenen Säureagglutination. Es sollen Typhusbazillen durch andere Konzentrationen von Säure agglutiniert werden als Paratyphus-, Koli- usw. -bazillen. Eine rückhaltlose Bestätigung der Untersuchungen erfolgte bisher nicht.

Metschnikoff und Besredka, Broughton u. a. impften gegen 1500 Menschen mit lebenden sensibilisierten Typhusbazillen; gegenüber den abgetöteten Vakzins scheint dies abgeschwächte, lebende wesentliche Vorzüge zu haben. Die Lokal- und Allgemeinreaktion, die mit den alten Vakzins so energisch war, daß oftmals eine Wiederholung der Impfung unbedingt verweigert wurde, ist nach der neuen Methode ganz geringfügig. Schädigungen der Impflinge, Bazillenträgertum wurden nicht beobachtet.

Hingewiesen sei noch auf die Denkschrift über die seit dem Jahre 1903 unter Mitwirkung des Reiches erfolgte systematische Typhusbekämpfung im Südwesten Deutschlands (Arbeiten a. d. kais. Gesundheitsamt, XLI). Ein stattlicher Band von nahezu 600 Seiten

enthält die Erfahrungen über die nach Kochschen Ideen durchgeführte Typhusbekämpfung, beleuchtet vom ärztlich-hygienischen und juristischen Standpunkt. Den rein praktischen Erfolg der Bekämpfung zeigt eine statistische Angabe, nach der die Zahl der jährlichen Typhuserkrankungen im Bekämpfungsgebiete um 59% abgenommen hat. Bedauerlicherweise ist dem Kindertyphus kein spezielles Kapitel gewidmet. Für die Epidemiologie des Typhus hat derselbe mindestens eine ebenso große Bedeutung wie die Bazillenträger. Referent hatte des öfteren Gelegenheit, Typhen bei Erwachsenen zu sehen, die sich bei nicht diagnostizierten Fällen von Typhus bei Kindern infiziert hatten. Erst nachträglich wurde hier durch die serologischen und bakteriologischen Untersuchungen die Diagnose gestellt. Es kann daher nicht streng genug gefordert werden, daß in Typhusgegenden jedes Kind mit einer nicht eindeutigen fieberhaften Erkrankung bakteriologisch untersucht wird.

Die Bestrebungen, Typhusbazillenträger von ihren Bazillen zu befreien, schlugen fehl. Uhlenhuth und Messerschmidt stellten teils im Tier, teils im Menschenversuche fest, daß trotz hochgetriebener aktiver Immunisierung die Bazillen nicht aus der Galle verschwinden. Eine Reihe chemischer Präparate war ebenfalls wirkungslos.

Milzbrand.

Bei Milzbrand mit starken meningealen Erscheinungen finden sich (nach Leo Pollak) im Lumbalpunktat Milzbrandbazillen. Aus diesem gelingt der Nachweis leichter und schneller als aus dem Blute.

In vitro und in vivo hat das Salvarsan stark bakterizide Eigenschaften gegen Milzbrandbazillen. Im Reagenzglase töten minimale Mengen des Präparats die Bazillen ab; auf an Milzbrand erkrankte Tiere und Menschen hatte Salvarsan recht gute Heilwirkungen.

Tetanus.

Nicht ohne Interesse dürften Angaben von Th. Kocher sein, der in Verfolgung von Versuchen von Meltzer und Auer bei Tetanus Magnesiumsulfat in 15%iger Lösung intradural in Dosen von 10 g injiziert. In dieser Form hat das Magnesiumsulfat eine ausgesprochen anästhesierende Wirkung. Die Patienten verfallen in einen langen, tiefen Schlaf, in dem die Herztätigkeit nicht gestört wird; darin besteht ein wesentlicher Vorzug vor der Chloroformnarkose. Schädigungen wurden nicht beobachtet. Auf die Heilwirkung des Tetanusantitoxins verzichtet Kocher nicht.

Pertussis (Influenzabazillen).

In der bei weitem größten Mehrzahl der Fälle ist die Komplementbindung positiv, wenn Patientenserum mit Aufschwemmungen oder Extrakten der Bordet-Gengouschen Keuchhusten beziehungsweise Influenzabazillen und Komplement gemischt wird.

Für Verdachtsfälle stellt die Komplementbindung also eventuell ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel dar.

Übertragungen des Keuchhustens auf Tiere, von denen Inaba berichtet, bedürfen wohl weiterer Bestätigung.

Von besonderem Interesse sind die Untersuchungen von Brückner, Gaehtgens und Vogt, die bei einer größeren Zahl von chronischen Lungenaffektionen bei Kindern Influenzabazillen im Auswurfe fanden.

Streptokokken-Staphylokokken.

Staphylomykotische Hauterkrankungen durch Opsonine — richtiger wohl Vakzine — zu heilen, wurde im Berichtsjahre mehrfach empfohlen. Die technisch nicht ganz einfache Bestimmung des opsonischen Index nach Wright ist nach übereinstimmendem Urteile sämtlicher Untersucher für die Therapie nicht mehr nötig. Wright selbst hat sie verlassen. Polyvalente Vakzins: Opsonogen, sind käuflich zu haben. Autovakzins werden in der Weise hergestellt, daß der Eiter des Patienten auf Agar ausgestrichen wird. Die erhaltenen Kulturen werden zu Reinkulturen verarbeitet; diese werden durch einstündiges Erwärmen auf 60° abgetötet. Nachdem man sich von der Sterilität des Vakzins überzeugt hat, werden davon dem Patienten im Zwischenraume von je einigen Tagen steigende Mengen subkutan injiziert. Auch bei den multiplen Hautabszessen der Säuglinge hat sich diese Therapie nach den neuesten Ergebnissen glänzend bewährt (v. Szily).

Die früher vielfach vertretene Ansicht, die hämolytischen Fähigkeiten der Strepto- und Staphylokokken in Zusammenhang zu bringen mit ihrer Virulenz, wird in den vorliegenden Arbeiten mehr und mehr aufgegeben (J a f f é).

Syphilis und Spirochäten.

1. Wassermannsche Reaktion.

Sie ist keine spezifische Antikörperreaktion und hat daher eine bedingte Zuverlässigkeit. Allerdings ist diese — geübte und zuverlässige Untersucher vorausgesetzt — ziemlich bedeutend. Bestrebungen, die Reaktion zu „verfeinern", führten zu keinen wesentlichen Fortschritten. Kann man schon allein auf die positive Reaktion hin nicht die Diagnose Lues stellen, so soll man sich hüten, aus der so subtilen Reaktion mehr herauszulesen, als sie bedeutet: nämlich ein wertvolles Symptom der Syphilis. Vergegenwärtigt man sich diese Tatsache, so erfüllt man Wassermanns eigene Forderung: Es ist besser, eine Syphilis zu wenig als eine zuviel zu erkennen. Die Reaktion mit dem Leichenblute ist nach Schmidt zuverlässig. Die Erklärungsversuche der Reaktion waren früher rein chemischer Natur. Traube gab nach

sehr scharfsinnigen Untersuchungen neuerdings eine physikalische Erklärung.

Die Spirochätenzüchtung gelang mehreren Forschern. Ob indessen die echte Spiroch. pallida reingezüchtet wurde oder eine andere, darüber sind die Akten noch nicht geschlossen. Schereschewsky, Noguchi, Tomaczewski, Mühlens, Sowade u. a. berichten, daß ihnen die Reinkultur gelang. Nur Mißerfolge bei zahllosen Versuchen erlebte u. a. Mulzer. Während die Spiroch. pallida zu den obligaten Anärobiern gehört, sind die eigentlichen Blutspirochäten (des Rekurrens) nach Noguchi als „aerotrope Anärobier" zu betrachten.

Von besonderem Interesse sind die Untersuchungen von Uhlenhuth und Mulzer, die von Aumann bestätigt wurden, daß durch Verimpfung von Blut, Sperma, Milch usw. in die Hoden von Kaninchen bei den Impftieren Hoden- und Allgemeinsyphilis entsteht. Die Spiroch. pallida bleibt also nicht am Orte der Invasion haften, um dort lokale Prozesse hervorzurufen, sondern dringt, wie fast alle Mikroorganismen, in die Blutbahn ein. (Für die Tuberkulose und die Diphtherie wurde für ihre Erreger ein ähnliches Verhalten beobachtet.)

Englische Forscher, Roß, Jennings; Moolgavkar; Henry berichten über die Entwicklung der Spiroch. pallida aus einem intrazellulären Parasiten. Die Darstellung der Parasiten, die als Leukozyteneinschlüsse sichtbar sind, gelingt in 5 Minuten mit Agar-Methylenblau-Lösung, der Natrium citric., NaCl, Atropin zugesetzt ist (Britisch Med. Journ. vom 14. Dezember 1912). Die Parasiten sind kupferfarbig mit dunkler gefärbten Granulationen. Der Leukozytenkern ist blaßblau, die Granula sind scharlachrot. Ähnliche Parasiten finden sich beim Meerschweinchen und Regenwurm. Aus ihnen entstehen Spirochäten. Nach Analogie schließen die Autoren, daß diese Einschlußparasiten die eigentlichen Syphiliserreger sind.

Auf die umfangreiche Salvarsantherapie schon jetzt näher einzugehen, scheint dem Referenten verfrüht. Der „Wasserfehler" wird von der einen Seite für üble Nebenwirkungen verantwortlich gemacht, während auf der andern Seite diese als reguläre Arsenvergiftungen angesprochen werden. Auch die Frage der Neurorezidive bedarf weiterer Klärung. Daß man über diese Versager die glänzenden Heilerfolge nicht vergessen darf, bedarf wohl kaum der Erwähnung.

Akute epidemische Kinderlähmung.

Durch die großen Epidemien, die in den Kulturstaaten herrschten, ist die Epidemiologie in einigen wichtigen Punkten wesentlich geklärt worden.

Die Infektiosität steht jetzt wohl außer Frage, zumal es gelang, Affen und Kaninchen zu infizieren. Neustätter und Stroh konnten durch Verimpfen von Staub aus Wohnungen, in denen kranke Kinder lagen, bei Affen typische Lähmungen erzeugen. Das Virus

passiert Berkefeldkerzen und ist demnach dem filtrierbaren Virus zuzurechnen. Ob es sich um eigentliche Organismen handelt, ist fraglich — sichtbar sind sie bis jetzt wenigstens nicht. In Amerika will man durch Besprengen der staubreichen Straßen die Weiterverbreitung der Poliomyelitis verhindert haben. Ob die Insekten bei der Weiterverbreitung eine Rolle spielen, ist ebenfalls zweifelhaft. Aussagen der Eltern, daß die Kinder einige Tage vor der Erkrankung gestochen seien, beweisen wenig; auch die Tatsache, daß im Innern der großen Städte weniger häufig Erkrankungen konstatiert werden als an der Peripherie, ist nicht ohneweiters dafür verwertbar. Flexner und Lewis konnten allerdings in Fliegen, die auf infizierten Kindern saßen, das Virus nachweisen.

Die Infektiosität des Nasen-Rachen-Sekrets wird in Amerika betont und infolgedessen die Desinfektion desselben empfohlen, um die Weiterverbreitung der Krankheit zu verhindern.

Therapeutische Versuche waren bisher erfolglos.

Masern.

Mehrfach wurde über erfolgreiche Versuche, Masern auf Tiere (Goetze auf Schweine, Lukas und Poiser auf Affen) zu übertragen, berichtet. Eingehende Untersuchungen fehlen indessen noch hierüber ebenso wie über die Natur des Erregers, der gelegentlich als ultravisibeles Virus bezeichnet wird.

Sehr interessant sind die Angaben (Aronson und Sommerfeld), in denen eine exquisite Giftigkeit des Harnes von Masernkranken für Meerschweinchen und Kaninchen berichtet wird; auffällig ist allerdings, daß der Urin bei Serumexanthemen und einigen anderen Exanthemen sich ähnlich verhält.

Scharlach.

Eine Einigung über den Nutzen der verschiedenen Streptokokkensera ist bisher nicht erfolgt, obgleich von verschiedenen Seiten ein im allgemeinen milderer Verlauf nach Anwendung des Serums berichtet wird. Die Vakzination mit abgetöteten Streptokokken bezeichnet Jochmann als wertlos. Direkte Beziehungen zwischen den Streptokokken und dem reinen Scharlach scheinen auch nach den Untersuchungen von Jungmann u. a. nicht zu bestehen; nur in schweren Fällen gelang ihm der Nachweis derselben im Blute.

Die schon früher von Weisbecker, Huber und Blumenthal u. a. empfohlene Anwendung von Rekonvaleszentenserum beim Scharlach wurde unter technisch veränderten Verhältnissen von Reiß und Jungmann neu versucht. Die Autoren injizierten den schwer Kranken (Scarlatina gravissima) 40 bis 100 cm^3 intravenös und sahen danach in 10 Fällen überraschend günstige Beeinflussung der Patienten. Die Erfolge der Autoren dürften einer Bestätigung an sehr großem Materiale wert sein (Technik, vgl. Deutsch. Arch. f. klin. Med., 106, S. 70).

Die Bedeutung der Döhleschen Einschlußkörperchen, die von Kretschmer eingehend studiert wurden, ist noch unklar, zumal ob ihnen die Rolle eines Erregers des Scharlachs zukommt.

Ernährung und Stoffwechsel.

E. Ausset. *L'emploi de laits condensés chez le nourrisson.* (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, p. 264.)

Ausset spricht sich gegen die Verwendung der kondensierten Milch aus; sie blendet durch Scheinerfolge, die in starken Zunahmen bestehen. Betrachtet man jedoch den gesamten Ernährungszustand und das klinische Befinden, so ist der Mißerfolg offenkundig.

R. Weigert.

Moro (Heidelberg). *Über die Neutralrotreaktion der Milch.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 47.)

Zwei Tropfen einer einprozentigen Neutrallösung (in physiologischer Kochsalzlösung), zu zirka 5 cm^3 Kuhmilch gegeben, färben diese rotviolett, Frauenmilch dagegen gelb. Sauber abgezogene Frauenmilch behält bei Zimmertemperatur die charakteristische Reaktion etwa 30 Stunden hindurch, erst nach Ablauf dieser Zeit erfolgt Rotfärbung. Wird die Frauenmilch jedoch in der Kälte aufbewahrt, dann reagiert sie sehr bald rot, doch schlägt diese Rotfärbung in Gelb um, sobald eine Erwärmung der Milch stattfindet.

Die Neutralrotreaktion ist sehr geeignet, um festzustellen, ob eine konservierte Frauenmilch noch zu Ernährungszwecken tauglich ist oder bereits als verdorben bezeichnet werden muß. Man füllt einen Kaffeelöffel mit der betreffenden Frauenmilch und benetzt die Oberfläche mit einem kleinen Tropfen der erwähnten Neutralrotlösung. Wenn sofortige Rotlösung auftritt, dann ist die Milch nicht mehr zu verwenden.

Die Neutralreaktion ist etwas empfindlicher als die Alkoholprobe. Ein Zusatz von Kuhmich zur frischen Ammenmischmilch (1 : 10) läßt sich durch die Neutralrotprobe schon deutlich nachweisen.

Klotz.

Droogleever Fortuyn. *Maul- und Klauenseuche.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912, II, S. 973.)

Im Juni 1912 erschien ein Rapport von einer Kommission des Niederländischen Vereins für Medizin zur Untersuchung der Schädlichkeit der Milch von an Mund- und Klauenseuche leidenden Rindern für den Menschen.

Bei der Sammelforschung der verschiedenen lokalärztlichen Vereine hatten sich keine Anhaltspunkte ergeben, aus welchen

die Gesundheitsschädlichkeit der betreffenden Milch für den Menschen hervorging.

Droogleever behauptet nun weiter, daß die spezifische Maulseuche-Stomatitis bei dem Menschen nicht diagnostizierbar sei. Die meiste Ähnlichkeit zeigte sich noch mit der Stomatitis aphthosa. Es ist aber bis jetzt noch nicht gelungen, aus den klinischen Erscheinungen oder aus dem bakteriologischen Befund der betreffenden Schleimhautaffektion diese Mundseuche-Stomatitis von anderen, ätiologisch ganz verschiedenen Formen der Stomatitis zu unterscheiden.

Es wird weiter erwähnt, daß während der ausgebreiteten Rinderepidemie im Jahre 1911 (mit 70.518 Krankheitsfällen bei den Rindern) die Zahl der bei den Menschen konstatierten Fälle von Stomatitis nicht erheblich größer war als in den Jahren 1906 und 1910, in welchen beim Vieh nur 9 respektive 4 Fälle von Maul- und Klauenseuche notiert worden waren. Aus diesen Zahlen sollte nach Droogleever die Harmlosigkeit des Gebrauches der Milch dieser kranken Kühe für den Menschen genügend hervorgehen, um so mehr als auf dem Lande noch sehr vielfach ungekochte Milch von Kindern und Säuglingen getrunken wird.

Droogleever schließt also, daß es nicht möglich sei, die Maulseuche-Stomatitis von anderen Formen der Stomatitis zu unterscheiden und daß bis jetzt kein genügender Grund vorliegt, die Milch von den an Maul- und Klauenseuche leidenden Kühen für die genannte Stomatitis verantwortlich zu machen. Graanboom.

Smits. *Ist der Gebrauch der Milch von an Maul- und Klauenseuche leidenden Tieren schädlich für den Menschen?* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, II, 980.)

Während der ausgebreiteten Epidemie von Maul- und Klauenseuche bei Rindern im Jahre 1911 wurde durch die Sanitätspolizei in den Helder die Frage erörtert, ob der Gebrauch der Milch der kranken Tiere zur Entstehung von Erkrankungen der Verdauungsorgane beim Menschen Veranlassung gegeben hat.

Smits hatte konstatiert, daß die Milch einen sehr hohen Katalasegehalt zeigte. Es hatte sich weiter ergeben, daß derartige Milch von hohem Katalasegehalte nur bei den an Maul- und Klauenseuche leidenden Kühen sich fand, bei welchen das Leiden mit Eutereiterung kompliziert war.

Smits konkludiert: 1. durch Kochen wird das Virus der Maul- und Klauenseuche getötet; diese gekochte Milch ist unschädlich. 2. Die Milch von an Maul- und Klauenseuche leidenden Tieren ist, wenn diese mit Eutereiterung kompliziert ist, auch in gekochtem Zustande nicht zu benutzen, weil sie zur Entstehung von Verdauungsstörungen beim Menschen Anlaß geben kann. 3. Ein abnorm hoher Katalasegehalt der Milch weist auf Eutereiterung hin, öfters, bevor die klinischen Erscheinungen dieser Eiterung vorhanden sind. Graanboom.

Sugai und **Monobe** (Osaka). *Die Leprabazillen in der Milch von Leprakranken.* (Zentralbl. f. Bakt., I. Orig., Bd. LXVII, S. 233.)

Bei 10 untersuchten Frauen fanden die Autoren 6mal Leprabazillen im Blute, 2 von diesen schieden dieselben mit der Milch aus.

Histologisch ließen sich die Leprabazillen nur in den Muskelzellen, nicht im Drüsengewebe nachweisen.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

E. Wieland (Basel). *Die Ernährungsstörungen im Säuglingsalter und deren Behandlung.* (Fortbildungsvortrag.) (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, Nr. 3, 4 u. 5, 1912.)

Zusammenfassende Darstellung der neueren und neuesten Lehren über die Ernährungsstörungen und motivierte Empfehlung des Finkelsteinschen Einteilungsprinzips sowie der Buttermilch und der Eiweißmilch als künstlicher Heilnahrung. Wieland.

R. Fievez. *Quelques types de nourrissons à alimentation vicieuse.* (Scalpel 12. Novembre 1911.)

Variot hat die Phobie vor ungenügender Ernährung und hat die Hypotrophie durch Unterernährung beschrieben. Gewicht und Körperlänge dieser Kinder sind unter dem Normalen. Die Kinder stecken den Finger in den Mund aus Mangel an Nahrung und speien kontinuierlich, weil ihr Magen mit einer Flüssigkeit von ungenügendem Nährstoffgehalt überlastet ist usw.

Barbier hat die Phobie vor dem Salzgehalte der Nahrungsmittel, die für Säuglinge bestimmt sind. Er beschreibt Hypertrophien und Hypotrophien durch Hypermineralisation. Der Verf. will in seiner Säuglingskonsultation Fälle der Art beobachtet haben.

Philips (Antwerpen).

R. Fievez. *Faut-il soumettre un enfant, atteint de gastro-entérite, à la diète hydrique?* (Scalpel Décembre 1911.)

Theoretische Betrachtungen. Philips (Antwerpen).

Schoute. *Die Anwendung von Salzlösung.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, I, S. 1811.)

Unzufrieden mit der subkutanen Applikation der Salzwasserlösung wegen der langen Dauer (etwa 1 Stunde für 1 Liter) und ihrer Schmerzhaftigkeit, entschloß sich Schoute, eine andere Methode zu versuchen. Zu diesem Zwecke empfiehlt Schoute die Einspritzung in das Cavum Retzii (die prävesikale Applikation). Diese bietet den Vorteil 1., daß der Einstich in den Mons veneris ganz schmerzlos ist und 2. das schnelle Hinabfließen (bei einer Fallhöhe von 60 cm braucht 1 Liter Salzlösung nur 9 bis 10 Minuten, wenn das Lumen der Nadel nur so groß ist, daß außerhalb des Körpers 1 Liter Flüssigkeit, frei abfließend, in $8^1/_2$ Minuten entleert wird). Das Instrumentarium ist sehr einfach: ein mittelgroßer Trichter, ein Schlauch von etwa 85 cm und eine Nadel von mindestens 5 cm Länge und nicht zu engem Lumen.

Die Nadel wird über der Mitte der Symphysis Pubis eingestochen, 4 bis 5 cm weit eingeführt entlang der Hinterseite der Symphyse, in die freie Höhle. Nach Beendigung der Infektion tritt niemals Flüssigkeit aus der Injektionsstelle; öfter tritt Harnbedürfnis auf, oder es fühlt der Patient Druck in der Blasengegend. Nach einigen Stunden ist die ganze Flüssigkeitsmenge resorbiert. Auch bei einem Kinde von etwa 8 Jahren ward die Methode mit Erfolg angewendet.

Graanboom.

R. Fievez. *A propos de la vulgarisation des courbes de poids pour nourrissons.* (Scalpel 28. Avril 1912.)

Die Kritik dieser Popularisierung von Gewichtskurven kommt im richtigen Moment, da gewisse Ärzte Mißbrauch damit treiben.

Philips (Antwerpen).

R. Fievez. *Les dangers de la vulgarisation mal comprise de certaines données relatives à l'hygiène infantile.* (Scalpel 11. Février 1912.)

Es ist nicht Sache der Mütter, eine Gewichtskurve zu interpretieren. Man darf ihnen eine solche Kurve nicht in die Hand geben. Das Gewichtswachstum hat keine größere Bedeutung als das Längenwachstum und das Wachstum anderer Organe. Obgleich er dieser Meinung ist, klassifiziert doch Verf. die Säuglinge nach ihrer Gewichtskurve. Philips (Antwerpen).

J. Comby. *Rumination chez les enfants.* (Arch. de Méd. des enf., Bd. XV, H. 10.)

4 neue Beobachtungen an Kindern verschiedener Altersstufen. Keine neuen Gesichtspunkte. Thorspecken (Bremen).

Bittorf (Breslau). *Der Wasser- und Kochsalzstoffwechsel und seine Bedeutung für Pathologie und Therapie.* (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten von Albu, Berlin.) (Bd. III, H. 6, C. Marhold, Halle, M. 1.50.)

Da auf obigem Gebiet sehr viel gearbeitet worden und in den großen Handbüchern alles Wissenswerte längst katalogisiert ist, so war die Bearbeitung des gestellten Themas keine schwierige. Verf. hat sich mit großem Fleiß und Geschick seiner Aufgabe gewidmet und es wäre unbillig zu tadeln, wenn dieser und jener Punkt gar zu knapp behandelt erscheint.

Auf den vom Verlag zugebilligten 56 Seiten kann keine in allen Teilen vollwertige Monographie des Wasser- und Kochsalzstoffwechsels geboten werden. Immerhin muß aber betont werden, daß die große pädiatrische Literatur, die seit der Czerny-Steinitzschen Stoffwechselpathologie des Kindes erschienen ist, nur spärlich benutzt ist. Zur tatsächlichen Berichtigung sei ferner bemerkt, daß über den Wasserstoffwechsel bei Ichthyosis nicht nur der „einzig bisher exakt untersuchte Fall von Schwenkenbecher vorhanden

ist". (Cf. Bloch, Ergebnisse der innern Medizin und Kinderheilkunde, Bd. 2.) Klotz.

Bahr (Kopenhagen). *Untersuchungen über die Ätiologie der Cholera infantum.* Bakteriologische Untersuchung von 75 Fällen von Cholera infantum (1908—1909—1910). (Zentralbl. f. Bakt., I, Orig., Bd. LXVI, S. 335—386.)

In einer umfangreichen Arbeit teilt Verf. seine Untersuchungen über das schwierige und undankbare Gebiet der „Cholerine" mit. Die Arbeit umfaßt reine bakteriologische Untersuchungen, losgelöst von der Klinik. Der Einfluß der Ernährung des Kindes auf die Bakteriologie des Darmes wurde nicht genau berücksichtigt. Bei den Angaben über die Ernährung der untersuchten Kinder fehlt jede Einzelheit.

Ich verkenne nicht den Fleiß des Untersuchers und die Schwierigkeiten des Gebietes, muß aber gestehen, daß Verf. weniger unser Wissen über die Cholera infantum und deren Ätiologie als vielmehr die Bakteriologie des Kinderdarmes gefördert hat.

Verf. fand in Fällen von Cholera infantum in den Fäzes, in Blut, Harn, Galle und Organen in der Regel Bakterien der Typhus-Coli-Gruppe. (Die isolierten Stämme werden genau im Originale beschrieben.) Diese spielen bei der Cholera infantum eine große Rolle. Baz. Typhi. und Baz. pyocyaneus wurde je einmal, Ruhrbazillen wurden nicht gefunden. Streptokokken, Proteusarten fanden sich selten.

Die Bakterien der Typhus-Coli-Gruppe sind wahrscheinlich identisch mit denen, die bei bösartigen Darminfektionen bei jungen Kälbern nachgewiesen wurden.

Bei normalen Kindern, die in cholerinefreier Zeit untersucht wurden, fanden sich neben Bazillus bifidus communis „ein großer Teil" der bei Cholerine isolierten Stämme wieder. Verf. vermutet, daß bei eingehenderen Untersuchungen die allermeisten Typen bei normalen Kindern sich finden (S. 356). Verf. sucht die Infektion durch Schaffung ungünstiger Lebensbedingungen (wodurch verursacht? Ref.) für die eine oder die andere Bakterienart zu erklären.

Aus den isolierten Typhus-Coli-Stämmen stellt Verf. ein polyvalentes Serum bei Pferden her, das er therapeutisch anwendet. Erfahrungen über den Nutzen fehlen bisher.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

J. Gyoteyko. *L'enfance végétarienne.* (Misch et Thron éditeurs Bruxelles.)

Empfehlung der vegetarischen Diät für Kinder.

Philips (Antwerpen).

Georg Rosenfeld (Breslau). *Kohlehydratkuren bei Diabetes.* (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten von Albu.) (Bd. IV, H. 2, C. Marhold, Halle, 1912, M. 1.80.)

Rosenfeld lehnt die Blumsche Auffassung, daß Hafer- und Weizenmehl als einziges Kohlehydrat kurmäßig verabfolgt in ihrer Wirkung ohne Unterschied sind, ab. Die „nahezu völlige Gleichheit" gilt nur bei der Verwendung in nicht gegorener Form. Gibt man Weißbrot und Fleisch einerseits, Fleisch und Hafergrütze anderseits, dann erlebt man bei ersterer Kombination fast stets Mißerfolge, bei der letzteren dagegen fast immer eine Toleranzverbesserung. „In ungezählten Fällen hat sich die Überlegenheit des Hafermehles über das Weizenbrot ergeben." Die besondere Eignung des Hafermehls liegt vielleicht darin, daß bei seinem Abbau Glutarsäure entsteht. Die Annahme von Klotz, daß der Abbau hauptsächlich die für den Diabetiker leicht oxydablen Kohlehydratsäuren liefert, sei unwahrscheinlich, weil diese Körper zu stark abführend wirken, was klinisch bei der Haferkur nicht in Erscheinung trete. Rosenfeld selbst bietet uns folgende Hypothese an: „Mit der Beeinflussung der Darmverarbeitung des Hafermehls durch die sacharolytische Flora von Klotz bin ich ganz einverstanden. Es gelingt ihr, das Hafermehl schnell zu einem Monosacharid zu diastasieren[1])." „So wird der Organismus mit schnell hergestelltem und schnell resorbiertem Zucker überschwemmt. Und ebenso, wie die intravenöse Überschwemmung den Körper in die Zwangslage bringt zu oxydieren oder auszuscheiden, so wird eben hier der diabetische Organismus gezwungen, alle Oxydationsmöglichkeiten spielen zu lassen, wie bei der intravenösen Zufuhr. Und so geht das Haferverarbeiten auf dem anhepatischen Wege, wie die Zuckeroxydation nach intravenöser Injektion vor sich und damit kann man auch verstehen, wie Klotz so oft Leberverfettung bei Phlorizin und Hafermehl gesehen hat. Auch bei anderen Mehlen (und sonstigen Stoffen) ist eine gelegentliche[1]) Zwangsoxydation durch Überschwemmung der Gewebe mit Zucker der Grund, weshalb sie so gute Resultate zeitigen."

Was das Wesen der Kohlehydratkuren anbelangt, so nähert sich Rosenfelds Auffassung sehr der vom Referenten des öfteren geäußerten. „Sie bestehen darin, daß die verwendeten Kohlehydrate, auf den anhepatischen Weg gedrängt, oxydabel für den Diabetiker werden. Fördernd wirkt alles, was den Organismus mit Kohlehydraten überschwemmt: eine schnelle Resorbierbarkeit der Substanz (Traubenzucker), eine Begünstigung der Resorption. Hierbei ist vielleicht auch das Fleisch hinderlich durch Verlangsamung der Resorption, die wohl besser ohne die Anwesenheit von Fleisch gelingt. Auch die Darmflora (Klotz, beim Hafermehl) kann begünstigen."

Die differente Wirkung von Fleisch und Pflanzeneiweiß beruht darauf, daß gewisse Unterschiede in der Konstitution des Eiweißmoleküls bestehen: Vegetabiles Eiweiß vermag, wie Phlorizinversuche Rosenfelds ergeben haben, die Kohlehydrate weniger aus dem anhepatischen Wege herauszudrängen wie animalisches Eiweiß. Klotz.

---

[1]) Im Original nicht gesperrt gedruckt.

Friedlander and **Greenebaum.** *Note on the influence of food on the intestinal flora of infants.* (Bemerkung über den Einfluß der Nahrung auf die Darmflora des Säuglings.) (Arch. of Ped., September, 1912.)

Verff. betonen speziell den Wert der Finkelsteinschen Eiweißmilch zur Umgestaltung der Darmflora, indem bei ihrer Verwendung die azidophilen Bakterien allmählich die Fäulniskeime ersetzen.

Wachenheim (New York).

Hermann Neumann. *Der Nährwert und die Verwendung der Sojabohne beim Menschen.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, S. 1710.)

Bei 10 Wöchnerinnen und Frauen — dabei dreimal bei ein und derselben Mutter — hatte der Verf., welcher energisch für die umfangreichere Verbreitung der Sojabohne in Deutschland eintritt, Gelegenheit, die Wirkung der Sojabohne auf die Milchabsonderung zu beobachten; das Resultat war „ermunternd".

A. Keller (Berlin).

Kinderschutz, Soziale Hygiene.

P. Nobécourt. *Crèches et pouponnières.* (Arch. de Méd. des enf., Bd. XV, H. 9.)

In Frankreich und den Kolonien bestehen bereits 445 Krippen. Dieselben entsprechen aber nur zum Teil den gesetzlichen Bestimmungen völlig. Viel zu gering ist das gesetzlich festgesetzte Pflegepersonal: je eine Pflegerin für 6 kleine und 12 größere Kinder. Nobécourt hält es ferner für wünschenswert, daß leicht erkrankte Kinder, auf einer besonderen Abteilung in der Krippe verbleiben können und ebenso, daß die Kinder bei einer Erkrankung der Mutter nachts dabehalten werden können. Ferner empfiehlt er die Einrichtung von Kantinen, in denen die Mütter essen können, und eventuell auch noch direkte Unterstützung armer Mütter. Zweckmäßig sei es ferner, den Müttern die für die Nacht nötigen Milchbereitungen für die Kinder mitzugeben. Die Kosten belaufen sich in Paris auf 0·90 bis 1·30 Franken täglich pro Kind, in den industriellen Krippen nur auf etwa $^1/_3$. Im allgemeinen gibt Nobécourt den Krippen den Vorzug gegenüber den Säuglingsheimen, da in den ersteren der Zusammenhang des Kindes mit der Mutter und Familie bewahrt bleibt.

Thorspecken (Bremen).

J. Nuel. *Le projet de loi sanitaire et les maladies oculaires contagieuses.* (Scalpel 18. Février 1912.)

Der Autor macht zum Vorwurf, daß in dem Gesetzentwurfe prophylaktische Maßnahmen gegen die Augenblennorrhöe der Neugeborenen und gegen die ägyptische Augenkrankheit fehlen.

Philips (Antwerpen).

H. van de Velde. *L'approvisionnement de lait à New York.* (Ann. soc. méd. Anvers Janvier 1912.)

Da von seiten der Regierung der Vereinigten Staaten die Kontrolle fehlt, hat die Stadt New York selbst eine Kontrolle (Sauberkeit bei der Produktion und bei der Milchbehandlung, Abkühlung sofort nach dem Melken, schnelle Lieferung an den Konsumenten) eingerichtet, indem sie die Erlaubnis zum Milchverkaufe in der Stadt ausschließlich denen erteilt, welche sich den Forderungen der Gesundheitsbehörde unterwerfen. Diese Forderungen werden vom Verf. ausführlich besprochen. Die praktische Ausführung des Reglements wird durch eine rigorose Überwachung auf dem Lande und in der Stadt sichergestellt. Im Laufe der letzten 10 Jahre hat sich die Produktion und der Verkauf der Milch wesentlich gebessert; die Mortalität ist auf von 40% 14·4% gefallen. Philips (Antwerpen).

III. Ergänzende Literaturübersicht.

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie, Hygiene.

Achard und **Flandin.** Poison du choc anaphylactique. XIII. Congrès francais de médecine, Paris, 13. bis 16. Oktober 1912.

Achard und **Touraine.** Anaphylaxie dans l'autosérothérapie ascitique. XIII. Congrès français de médecine, Paris, 13. bis 16. Oktober 1912.

Gaetano Politi Aloisio. Sul passagio degli amino-acidi dalla madre al feto. (Übergang der Aminosäuren von der Mutter auf den Foetus). Ginecologia, 1912, Bd. IX, S. 69.

Apert. Des lois de l'hérédité matriarcale. Premier Congrès international d'eugénique, London 24. bis 30. Juli 1912.

Armand-Delille. A propos de la définition de l'anaphylaxie. XIII. Congrès français de médecine, Paris, 13. bis 16. Oktober 1912.

P. Balard. Des variations du pouls et de la tension artérielle chez le nouveau-né, étudiées comparativement à l'état de veille et pendant le sommeil par l'oscillométrie. Compt. rend. de la soc. de biol. 1912, Bd. LXXII, S. 998.

Marcell Baudouin. De l'usure des dents de la première dentition chez les enfants de l'époque de la pierre polie. La Clinique Infantile, 1912, Bd. X, S. 12.

J. Bauer. Über die Milchantianaphylaxie. Zentralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. LXVI, S. 303.

Boissard. Le nouveau règlement sur la vaccination chez le nouveau-né. Société d'obstétrique de Paris, 15. Juni 1911.

A. Bruch. Les beaux bébés. Bulletin et travaux de la Société des sciences médicales de Tunis, Mai bis Juni 1912.

G. Buchner. Angewandte Ionenlehre. Für Studierende, Chemiker, Biologen, Ärzte u. a. München 1912. J. F. Lehmann. (155 S., 3 M.)

Robert Crémieu. Etude des effets produits sur le thymus par les rayons X. Thèse de Lyon, 1912, S. 334.

J. Delmas. La ponction lombaire chez le nouveau-né. Le Progrès médical, 1912, Nr. 7, S. 88.

Hans Friedenthal. Über Wachstum. B. Zweiter Teil. Die Sonderform des menschlichen Wachstums. Ergebnisse der inneren Medizin, 1912, Bd. IX, S. 505.

Ernst Gräfenberg. Die anaphylaktischen Beziehungen zwischen Mutter und Kind während der Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geburtshilfe, 1911, Bd. LXIX, S. 270.

Gustav Gleim. Beiträge zur kindlichen Schilddrüse. Dissert., Bonn 1912.

H. H. Goddard. The height and weight of feeble-minded children. (Größe und Gewicht schwachsinniger Kinder). The journal of nervous and ment. dis., 1912, Bd. XXXIX, S. 217.

V. Guiffrida-Ruggeri. Les lois dites de l'hérédité chez l'homme. Premier Congrès international d'eugénique, London 24. bis 30. Juli 1912.

Thomas Guthrie. The recurrence of adenoids. (Das Nachwachsen adenoider Vegetationen). Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 1054.

Hempstead. The care of the new-born infant. (Pflege des Neugeborenen). Cleveland Med. Journ., September 1912.

Wachenheim (New York).

Henrotay. Mammelle supplémentaire. Bull. soc. Belge gynéc. et obstétr. Bd. XXII, S. 140.

Edmund Herrmann und **Julius Neumann.** Über den Lipoidgehalt des Blutes normaler und schwangerer Frauen wie neugeborener Kinder. Biochem. Zeitschr., 1912, Bd. XXXXIII, S. 47.

Gustav Hesse. Zur Frage der Resorption der Milchzahnwurzeln. Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk., 1911, Bd. XXIX, S. 793.

Maunu af Heurlin. Etude d'ensemble sur la transmission des anticorps des ascendants à leur progéniture. (Sammelreferat über die Vererbung der Antikörper auf die Nachkommen.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol, 1912, Bd. I, S. 497.

Herm. Hildebrandt. Über moderne pharmakotherapeutische Bestrebungen. (Sammelreferat.) Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. III, S. 433.

Alfred Kaul. Über abnorm schwere Neugeborene und ihre Gestationszeit. Dissert., Breslau 1912.

Klose. Demonstration zur Pathologie der Thymusdrüse. Zentralbl. f. Chir., 1912, Bd. XXXIX, S. 36.

Wilhelm Krauß. Zur Anatomie der glatten Muskeln der menschlichen Augenhöhle nach Untersuchungen am Neugeborenen. 1. Die Membrana orbitalis musculosa. Arch. f. Augenheilk., 1912, Bd. LXXI, S. 277.

Hugo Kretschmann. Über den intra-uterinen Übergang von Antikörpern auf die Frucht. Dissert., Halle-Wittenberg 1912.

Otakar Kutvirt. Über das Gehör Neugeborener und Säuglinge. Beitr. Anat. Ohr, 1911, Bd. V. S. 249.

Lafforgue. Accidents sériques immédiats et anaphylaxie. Rôle du foie dans leur pathogénie. XIII. Congrès français de médecine. Paris, 13. bis 16. Oktober 1912.

H. R. M. Landis und **Isadore Kaufman.** The occurrence of venous hums in children. (Das Vorkommen von Venengeräuschen im Kindesalter). Arch. of Ped., 1912, Bd. XXIX, S. 88.

Jules Lemaire und **L. Kößler.** Etude de la tension artérielle chez l'enfant par la méthode oscillométrique. Le monde médical, 1912, Nr. 447, S. 321.

Samson Levin. Recherches expérimentales sur l'involution du thymus. Thèse, Paris 1912.

F. Mallet. Le tissu cellulaire sous-cutané dans la défense de l'organisme de l'enfant. (Das Unterhautzellgewebe als Verteidigungsmittel des Kindesorganismus). Le prog. méd. 1912, Bd. XL, S. 81.

Antonio Marro. Influence de l'âge des parents sur les caractères psychophysiques des enfants. Premier Congrès international d'eugénique. London, 24. bis 30. Juli 1912.

Victor Mas. Proportions des vaccins inefficaces chez les nouveau-nés dont les mères ont été vaccinées pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1911, Bd. CLXXXIV, S. 50.
Mary Elizabeth Morse. The blood platelets in normal women in obstetrical patients and in the new born. The Boston Medical and Surgical Journal, 21. März 1912.
Kurt Müller. Über Reflexe beim Neugeborenen. Dissert., München 1911.
Nicloux. Mécanisme du passage de l'oxyde de carbone de la mère à l'enfant. Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. 9. Dezember 1912.
Eugène Olivier. Anatomie topographique et chirurgie du thymus. Thèse de Paris, 1911, Nr. 152.
N. Pakuschkin. Zur Topographie des Nabels bei Frauen und Neugeborenen. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1912, Bd. XXXVI, S. 278.
Reinhardt Parreidt. Der Einfluß des Durchbruches der Milchzähne auf den Organismus des Kindes. Verhandl. internat. zahnärztl. Kongresses, Berlin, 1909, V, 1912, I.
Raymond Pearl. L'hérédité de la fécondité. Premier Congrès international d'eugénique, London, 24. bis 30. Juli 1912.
G. G. Perrando. Per l'interpretazione di taluni elementi eccezionali riscontrati in visceri di neonati. (Zur Deutung einiger eigentümlicher, in den Organen von Neugeborenen anzutreffender Zellelemente). Pathologica, 1912, Bd. IV, S. 310.
Römheld. Das Röntgenbild des Perikards. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. CV, S. 173.
A. Rosowsky. Über das Vorkommen der anaëroben Streptokokken in der Vagina gesunder Frauen und Kinder. Zentralbl. f. Gynäkol., 1912, Bd. XXXVI, S. 4.
G. Sergi. Variation et hérédité chez l'homme. Premier Congrès international d'eugénique, London, 24. bis 30. Juli 1912.
Robert Sommer. Über die Methoden der Intelligenzprüfung. Klinik psych. Krankheiten, 1912, Bd. VII, S. 1.
Maurice Springer. De l'action de l'électricité sur la croissance de l'homme, des animaux et des plantes. I. Congrès international de pathologie comparée, Paris, 17. bis 23. Oktober 1912.
Max Tièche. Über die Verwendbarkeit der vakzinalen Allergie (Frühsreaktion von Pirquet) als diagnostisches Hilfsmittel. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 626.
G. Variot. L'examen des nourrissons par les méthodes cliniques et de laboratoire. La Clinique Infantile, 1912, Bd. X, S. 740.
E. Weill und **Ch. Gardère.** La viscosité du sang chez l'enfant. Paris médical, 6. Juli 1912.
F. Widal, P. Abramie und **Et. Brissaud.** L'auto-anaphylaxie sérique. XIII. Congrès français de médecine, Paris, 13. bis 16. Oktober 1912.
Josef Wiesel. Pathologie des Thymus. (In: Lubarsch-Ostertag). Ergebnisse d. allgem. Pathol. u. pathol. Anat., 1912, Bd. XV.
Mary H. Williams. A note on the temperatures of one tousand children. (Notiz über die Temperaturen von tausend Kindern.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 1192.
Carl Wilms. Die Langerhansschen Inseln des kindlichen Pankreas mit besonderer Berücksichtigung ihrer Zahl. Dissert., Bonn 1912, 38 Seiten und 2 Tabellen.
Julius Zappert. Die Spinalganglien im Kindesalter. Arb. neurol. Inst., 1911, Bd. XIX, S. 305.

Physische und psychische Entwicklung und Erziehung, Schule.

El. Abramowski. Berichte über Schwachsinnigenfürsorge in England. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns auf wissenschaftl. Grundlage, 1911 u. 1912, S. 62 u. 158.

Fr. Ahlgrimm. Die Schule als sozialer Faktor. Zeitschr. f. Jugendwohlfahrt, Jugendbildung, Jugendkunde, 1911, S. 467.
Gustav Alexander. Die schulärztliche Ohrenuntersuchung an der Volksschule zu Berndorf in Niederösterreich in den Jahren 1910, 1911 und 1912 (3., 4. und 5. Jahr). Der Schularzt, 1912, Bd. X, S. 145.
G. Badaloni. Comment l'école contribue à la diffusion de la tuberculose. VII. Congrès international de la tuberculose. Rom, 14. bis 20. April 1912.
Hugo Bartsch. Zur Frage des Schularztsystems. Der Schularzt, 1912, Bd. X, S. 129.
Oswald Berkhan. Über talentierte Schwachsinnige. Zeitschr. f. d. Erforschung. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns auf wissenschaftl. Grundlage. 1911/12, S. 25.
Bernhard. Zur Diphtheriebekämpfung in den Schulen. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.
Busch. Le traitement scolaire. Scalpel Janvier 1912.
Moritz Cohn. Der Wert des Tabellenmaterials einzelner Schularztbezirke in den Breslauer Jahresberichten. Der Schularzt, 1912, Bd. X, S. 154.
— Die Körperlänge sämtlicher Kinder eines Breslauer Schularztbezirkes. Verhandlungen der XIII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, XXV, Heft 8.
— Eine einfache Methode zur Bestimmung einer richtigen Bestuhlung sämtlicher Klassen eines ganzen Schulbezirkes. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 621.
— Zur Kenntnis der Körperlänge, ein Maßstab für die normale Entwicklung der Schulkinder. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 693.
Henry L. Coit. The public school as a factor in preventing infant and child mortality. (Die öffentliche Schule als ein Faktor in der Bekämpfung der Säuglings- und Kindersterblichkeit). Pediatrics. 1912, Bd. XXIV, S. 221.
Kurt Walther Dix. Körperliche und geistige Entwicklung eines Kindes. H. 2. Die Sinne, Leipzig, 1912 (E. Wunderlich).
Dixon. Medical inspection of school children. (Ärzliche Aufsicht der Schulkinder). Pennsylvania Med. Journ., September 1912.
Mac Donald. Object and intent of medical inspection of school children. (Zweck der ärztlichen Aufsicht der Schulkinder). Journ. Med. Soc. New Jersey, Oktober 1912. Wachenheim (New York).
Von Drigalski. Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten in den Schulen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 739.
Ad. d'Espine. Tuberculose et école. VII. Congrès international de la tuberculose, Rom, 14. bis 20. April 1912.
J. Flaig. Alkohol und Schule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 682.
Kurt Franke. Schulhygiene in Japan. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 729.
W. Friederici. Hochschule und Hilfsschullehrer. Die Hilfsschule, 1911, S. 181.
J. Gourdon. La prophylaxie des difformités physiques chez les enfants. L'inspection orthopédique scolaire de la ville de Bordeaux. Académie de médecine, Paris, 25. Juni 1912.
Rudolf Held. Die Kurzsichtigkeit unter den Gewerbelehrlingen der Münchner Fortbildungsschulen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1912, Bd. XXV, S. 801.
Holmes. Educational hygiene and prophylaxis. (Schulhygiene.) Journ. Med. Soc. New Yersey, Oktober 1912.
Wachenheim (New York).

J. Ioteyko und **Varia Kipiani.** Rôle du sens musculaire et de la vision dans l'écriture: un moyen d'éviter la myopie scolaire. Revue internationale d'Hygiène et de Thérapeutique oculaires, 1912 S. 49.

C. Kampmann. Das nervöse Kind. Zeitschr. f. Jugenderziehung, Gemeinnützigkeit und Volkswohlfahrt, 1910/11 S. 491.

Kirchner. Tuberkulose und Schule. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege und der IV. Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.

Knopf. Dental hygiene for the pupils of public schools. (Zahnhygiene für Schulkinder.) New York, Med. Journ., 28. September 1912. Ein Beitrag zu einer in New York gegenwärtig sich regenden Bewegung.

Fritz Krone. Untersuchungen über den Kalkstoffwechsel bei Obstipation und Durchfall. Zentralbl. f. innere Med., 1912, Bd. XXXIII, S. 597.

Krusius. Vergleichende Augenuntersuchungen an höheren Schulen der Provinz Brandenburg. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.

P. Kschischo. Alkohol und Volksschule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 665.

Langerhans. Die Organisation der Leibesübungen an den Schulen. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.

Lotte Leubuscher. Die schulärztlichen Einrichtungen einer englischen Stadt. Der Schularzt, 1912, Bd. X, S. 177.

Lewandowski. Zur Entwicklung und zum Ausbau der Schulhygiene. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.

Friedrich Lorentz. Zur Frage der Schülerermüdung. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 749.

Gustav Major. Behandlung psychopathischer Kinder im Elternhause. Die Gesundheitswarte. Praktische Schulhygiene u. pädagog. Pathol., 1911, S. 34.

— Sexuell leicht erregbare Kinder. Die Gesundheitswarte. Praktische Schulhygiene u. pädagog. Pathol., 1911, S. 90 und 111.

H. Méry. La tuberculose chez les écoliers. VII. Congrès international de la tuberculose. Rom, 14. bis 20. April 1912.

Meyer. Die Herzkrankheiten des Schulkindes. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.

Felix Meyer. Über den Einfluß gesteigerter Marschleistungen auf die Körperentwicklung in den Pubertätsjahren schwächlicher Kinder. Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 946.

H. Meyersohn. Die Schulzahnpflege an den Mannheimer Volksschulen. Kinderarzt, 1912, XXIII, S. 49.

Netter. Die Prophylaxie der übertragbaren Krankheiten in den Schulen. Revue d'Hygiène, 1912, Bd. XXXIV.

M. Parhon. L'influence de la thyroide sur le métabolisme du calcium. (Der Einfluß der Schilddrüse auf den Kalkstoffwechsel.) Cpt. rend. de la soc. de biol., 1912, Bd. LXXII, S. 620.

Petruschky. Der Diphtherieschutz der Schulkindern. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.

G. Poelchau. Die Unterernährung der Schuljugend und ihre Bekämpfung durch Merkblätter, welche Ratschläge über die Ernährung enthalten. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 553.

Poelchau. Über die Bekämpfung der Masern durch die Schule. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.

W. A. Potts. Tests of intelligence. (Intelligenzproben.) Brit. med. Journ., 1912, Nr. 2677, S. 880.

Reichenbach und **Brabbée.** Heizung und Lüftung von Schulen. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.

Riedel. Das orthopädische Schulturnen in Lübeck. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 619.

Fr. Roller. Über die zweckmäßige Lage des Unterrichts unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Denkschrift des Vereines für Schulgesundheitspflege. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.

Rothfeld. Luft-Staubuntersuchungen in Volksschulen. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.

— Schulturnen und Schularzt. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 562.

H. Rulot et **M. van Buysse.** Inspection médicale scolaire. Belgique médicale, Bd. XIX, S. 12.

M. Schäfer. Vorschläge zur rationellen Erziehung der Linkshänder. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.

F. A. Schmidt. Aus dem schulärztlichen Bericht 1912 über die Hilfsschule und die Wilhelmsschule in Bonn. Der Schularzt, 1912, Bd. X, S. 161.

Schultz. Über Klassenepidemien von Diphtherie. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.

Selter. Die Ausbildung der Lehrer in der Gesundheitspflege. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Veseines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.

J. Th. Smart. The duty of the community to its backward and defective children. (Die Pflichten der Allgemeinheit gegenüber ihren rückständigen und minderwertigen Kindern.) Arch. of Ped., 1912, Bd. XXIX, S. 268.

Soren-Hansen. Sur l'accroissement de la taille dans certaines populations européennes. Premier Congrès international d'eugénique. London, 24. bis 30. Juli 1912.

Tändler. Orthopädisches Schulturnen in Charlottenburg. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.

R. Thoma. Untersuchungen über das Schädelwachstum und seine Störungen. 1. Die Spannung der Schädelwand. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., 1911, Bd. CCVI, S. 201.

Emil Villinger. Sprachentwicklung und Sprachstörungen beim Kinde. Unter Berücksichtigung hirnanatomischer Grundlagen, Leipzig, 1911. (W. Engelmann.)

Wagner-Hohenlobbese. Das schwedische Gymnastik-System als Schulturnen. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.
F. Wallenstein. Über die hygienische Aufklärung und Belehrung unserer Schulkinder. Der Schularzt, 1912, Bd. X, S. 121.
Wile. School lunches. (Mittagsmahlzeit der Schulkinder.) New York, Med. Journ., 31. August 1912.
Wimmenauer. Über die Bestimmung des Ernährungszustandes bei Schulkindern. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 601.
Wolffberg. Einfachste und genaueste Sehprobe zur Untersuchung der Sehleistung der Schulkinder. Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, Heft 8.
— Die körperliche Ausbildung der Jugend in Bayern. Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt, 1910/11, S. 765.
Schulstatistik. Herausgegeben vom statistischen Amt der Stadt Charlottenburg. 1911. (23. Heft der Chalotttenburger Statistik.)
Verhandlungen der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege und der IV. Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands vom 28. bis 30. Mai 1912 in Berlin. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912., Bd XXV, Heft 8.

Ernährung und Stoffwechsel.

Abt. Fallacies in treatment of gastro-intestinal diseases. (Fehler in der Behandlung der Magendarmkrankheiten.) Interstate Med. Journ., Juli 1912.
O. Allemann. Die Bedeutung der Wasserstoffionen für die Milchgewinnung. Biochem. Zeitschr., 1912, Bd. VI., S. 346.
Karl Alpers. Beiträge zur Kenntnis der Zusammensetzung und Untersuchung der Kuh- und Ziegenmilch, mit besonderer Berücksichtigung der Refraktometrie des Chlorkalziumserums. Dissert., Tübingen 1912.
W. Alwens und **J. Husler.** Röntgenuntersuchungen des kindlichen Magens. Verhandl. d. deutschen Kongresses f. innere Med., 1912, Bd. XXIX, S. 168.
Conrad Amberger. Anormale Milch bei Euterentzündungen der Kühe. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1912, Bd. XXIII, S. 369.
W. Arnold. Über Frauenmilchfett. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- und Genußmittel, 1912, B. XXIII, S. 433.
d'Astros. Quatre cas de scorbut infantile; régimes scorbutigènes. Bull. med., 1911, Bd. LVII, S. 639.
Aviragnet und **Darlencourt.** Les selles des nourrissons. Paris médical, 1911, Nr. 44.
Franz Ballner und **Kurt Ritter von Stockert.** Einige Bemerkungen über Trockenmilch. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1911, Bd. XXII, S. 648.
P. Bar. Comment faut-il comprendre ce terme „athrepsie des nouveaunés et des prématurés?" Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, März 1912.
Beaudoin. Hypo-alimentation d'un nourrisson. Année médicale de Caen, 1911, Nr. 8.
A. Behre. Weitere Ergebnisse von Stallproben in der Umgegend von Chemnitz und zur Methodik der Milchuntersuchung. Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1912, Bd. XXXXI, S. 353.
Bell and **Le Wald.** Chronic colitis in a child 3 years of age, with deformity of sigmoid. (Chronische Kolitis bei einem 3jährigen Kinde mit Mißbildung des S. romanum.) Arch. of Pediat., September 1912.

Benedict and **Talbot.** Some fundamental principles in studying infant metabolism. (Grundsätze bei dem Studium des Säuglingsstoffwechsels.) Americ. Journ.Dissert., Children, September 1912. Wachenheim (Now York).

Boise. Fever of newborn. (Fieber bei Neugeborenen.) West Virginia Med. Journ., Juli 1912.

Bonnaire. De la viabilité des nouveau-nés. Société de médicine légale. Paris, 11. März 1912.

Bonnet-Laborderie. Melaena foetal intra-utérin avec hydramnios chez une femme suspecte de syphilis. Réunion obstétricale de Lille, 28. Juni 1911.

Fr. Brachi und **W. Carr.** Infantile scurvy in a child fed on sterilised milk, Lancet, 1911, März, S. 662.

Brady. Infant-feeding as taught by German school. (Die Säuglingsernährung nach der deutschen Schule.) Interstate Med. Journ., Juli 1912.

Jules M. Brady. Malt soup in nutritional disturbancens of infants. (Malzsuppe bei Ernährungsstörungen der Säuglinge.) Journ. of the Amer. Mod. Assec., 1912, Bd. LVIII, S. 751.

Robert S. Breed. Die Wirkung der Zentrifuge und des Separators auf die Verteilung der Zellelemente in der Milch, nebst einer Kritik der zur Bestimmung der Zellenzahl in der Milch verwendeten neuen Methoden. Arch. f. Hygiene, 1912, Bd. LXXV, S. 383.

A. Broca. Le scorbut des nourrissons. Paris médical., 1911, Nr. 1

A. Burr, F. M. Berberich und **A. Berg.** Untersuchungen über Kolostralmilch. Molkerei-Ztg., 1912, Bd. XXVI, S. 799, 813, 837, 851.

Rob. Burri und **J. Kürsteiner.** Zur Klärung der Anschauungen über die reduzierenden Eigenschaften der Kuhmilch. Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1912, Bd. XXXXI, S. 40, 68, 101, 134 und 168.

Caraway. Infant feeding. (Säuglingsernährung.) Mississippi Med. Monthly, August 1912. Wachenheim (New York).

Carianopol. De l'influence de l'atrophie et de l'hypotrophie infantiles sur l'évolution de quelques maladies infectieuses. La Clinique Infantile, 1912, Bd. X, S. 425.

Paul Carton. Les trois aliments meurtriers. Brochure le 50 pages, Paris, 1912 (A. Maloine, édit. Prix: 1 fr. 25 cents).

Chambrelent und **Chevrier.** Recherche de l'arsenic dans de lait d'une chèvre soumise à une injection intra-veineuse de Salvarsan. Réunion biol. de Bordeaux, 4. Juli 1911.

Chatanay. La maladie de Barlow. I. Congrès internationale de pathologie comparée. Paris, 17. bis 23. Oktober 1912.

Chatin und **Rendu.** Influence galactogène des injections sous-cutanées de lait. Lyon médical, 1911, Bd. IV. S. 161.

Cheinisse. Le traitement des vomissements habituels des nourrissons. La semaine médicale, 29. November 1911.

J. Chevalier. Le lait desséché. La Clinique Infantile, 1912, Bd. X, S. 492.

Otto Cohnheim, G. Kreglinger, L. Tobler und **O. H. Weber.** Zur Physiologie des Wassers und des Kochsalzes. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chemie, 1912, Bd. LXXVIII, S. 62.

Cordier. Nécessité d'imprimer une bonne direction à l'allaitement maternel dès les premiers jours. Annales Polyclinique Centrale Bruxelles Février 1912.

Cramouzand-Donnarieux. Contribution à l'étude de l'avenir éloigné du prématuré. Thèse de Paris, 1911, Nr. 185.

Carl Gustaf Creutz. Zur Kenntnis des Verhaltens der Menstruation zur Laktation. Mitt. gynäkol. Klinik Engström, 1911, Bd. IX, S. 403.

Ad. Czerny. Über Atrophie der Säuglinge. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., 1912, Bd. IX, S. 33.

Dauchez. Du régime alimentaire des nourrissons, dans les crèches urbaines (statistiques et conclusions). Journ. des prat., 25. November 1911.

Decherd. Value of early mixed feeding in infancy. (Wert früher gemischter Ernährung bei Säuglingen.) Texas State Journ. of Med., September 1912. Wachenheim (New York).
Dervieux. La viabilité des nouveau-nés. Société de médecine légale, Paris, 11. November 1912.
Martial-Marie-Francis Descubes. Contribution à l'étude de l'entérocolite dysentériforme de la première enfance. Thèse de Paris, 1911, Bd. CLIII, S. 38.
G. R. Detré. L'avenir des prématurés. Rapports avec la syphilis héréditaire. Thèse, Paris, 1912, 154 Seiten. Verlag von J. Steinheil.
Devimeux. Du traitement des formes graves de l'atrophie et de l'hypertrophie infantiles par l'emploi méthodique des laits surchauffés et des laits homogénéisés. Thèses de Paris, 1911, Nr. 80.
— Sur le traitement der formes graves de l'atrophie infantile. La Clinique Infantile, 1912, Bd. X, S. 37.
A. Dingwall. Gastrointestinal haemorrhage in a newborn infant. Brit. med. journ., 1912, Bd. I, S. 725.
J. Drost. Zum Nachweis genügend erhitzter Milch. Pharm. Zentralhalle, 1912, Bd. LIII, S. 943.
J. Dunlop. Melaena neonatorum. Brit. med. journ., 1912, Bd. I, S. 362.
Alexander C. Eastman. Our present knowledge of the physiology and chemistry of gastric digestion as applied to vomiting in infancy. (Unsere heutigen Kenntnisse von der Physiologie und Chemie der Magenverdauung in ihrer Anwendung auf das Erbrechen im Säuglingsalter.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 269.
J. J. van Eck. Über das Verhalten der Kuhmilch-Peroxydase beim Erhitzen. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungsmittel, 1911, Bd. XXII, S. 393.
Elchloff. Hat die erhitzte Milch für die Ernährung denselben Wert wie die rohe Milch? Mitteil. d. Deutschen milchwirtschaftl. Vereines in Hannover, 1912, Bd. XXIX, S. 165.
Stephan Engel und **L. Dennemark.** Über den Übergang des Kolostrums in die Milch, insbesondere über das Verhalten der stickstoffhaltigen Körper (Kuh, Schaf, Stute). Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chem., 1912, Bd. LXXVI, S. 148.
Everhard and **Felker.** Present status of feeding young children. (Gegenwärtiger Stand der Ernährung junger Kinder.) Ohio State Med. Journ., September 1912. Wachenheim (New York).
Favre. De l'allaitement artificiel pour les enfants du premier âge confiés à l'assistance publique. La Revue philanthrop., 1910/11, S. 649.
Flévez. A propos de la vulgarisation des courbes de poids chez le nourrisson. Scapel et Liège méd., April 1912.
Filiatrean. Infantile diarrhea. Kentucky Med. Journ., Juli 1912. Wachenheim (New York).
R. Fisch. Über Nachteile in der Säuglingernährung in den Tropen durch homogenisierte Milch und deren Vermeidung. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1912, Bd. XVI, S. 220.
Robert T. Frank. Zur Frage der experimentellen Milchauslösung. Arch. f. Gynäkol., 1912, Bd. IIIC, S. 183.
Fredet. Sténose hypertrophique du pylore; Pyloroplastie. Soc. méd. des hopitaux, Paris, 20. Dezember 1912.
Walter Frei. Prinzipien und Grundlagen der praktischen Milchuntersuchung. Vieteljahrschr. f. gerichtl. Med., 1912, Bd. VIL, S. 41.
Glazebrook. Present-day feeding principles. (Gegenwärtige Grundsätze der Säuglingsernährung.) Journ. Med. Soc. New Jersey, Oktober 1912. Wachenheim (New York).
E. Gorter. Über Eiweißmilch. Nederlandsch Maandschrift voor Verloskunde en Kindergeneeskunde, 1912, Bd. I, S. 74.
Grimmer. Zur Kenntnis der Milchperoxydase. Milchwirtschaftl. Zentralblatt, 1911, Bd. VII, S. 395.

Grulee. Constipation in the infant; its causes and treatment. (Ursachen und Behandlung der Obstipation der Säuglinge.) Journ. Michigan State Med. Soc., August 1912.

Pietro Guizzetti. Kongenitaler hämolotischer Ikterus. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat., 1912, Bd. LII, 15.

H. K. Günther. Unterscheidung von roher und gekochter Milch. Molkerei-Ztg., 1911, Bd. XXV, S. 1423.

Ernst Gutzeit. Über die Wirkung des Filtrierens und Zentrifugierens auf den Bakteriengehalt der Milch. Landwirtschaftl. Umschau, 1911, Bd. III, S. 1153.

O. Hanssen. Erfaringer med. koksaltfattig diaet (Erfahrungen mit kochsalzarmer Diät.) Norsk magazin for laegevidenskaben, 1912, Bd. LXXIII, S. 449.

Karl Hart. Über die experimentelle Erzeugung der Möller-Barlowschen Krankheit und ihre endgültige Identifizierung mit dem klassischen Skorbut. Arch. f. pathol. Anat., 1912, Bd. CCIX, S. 367.

Haynes. Etiology of hemorrhage of newborn. (Ätiologie der Hämorrhagie der Neugeborenen.) Journ. Michigan State Med. Soc., August 1912.

Heiman. Treatment of summer diarrheas. (Behandlung der Sommerdiarrhöen.) Americ. Journ. Obstet., August 1912.
Wachenheim (New York).

Fritz Heimann. Zur Lehre des Icterus neonatorum. Zeitschr. f. Geburtshilfe, 1911, Bd. LXIX, S. 165.

Karl Helle, Paul Th. Müller und **H. Poda.** Schwankungen in der Zusammensetzung der Milch einer Kuh bei verschiedenartiger Ernährung. Zeitschr. f. Biol., 1912, Bd. LIIX, S. 355.

Alfred F. Heß. A cool bed for infants. (Ein Kühlbett für Säuglinge.) Arch. of Ped., 1912, Bd. XXIX, S. 370.

Heß. Dyspepsia in infants. (Dispepsie bei Säuglingen.) West Virginia Med. Journ., Juli 1912.

— Methods of obtaining cultures from duodenum of infants. (Erhaltung von Kulturen aus dem Säuglingsduodenum.) Journ. Infect Dis., Juli 1912.

Hugo Heuner. Untersuchungen zur Biologie der Milch mittels der anaphylaktischen Methode. Dissert., Gießen 1911.

Karl Hittcher. Prüfung und Beurteilung von Kindermilch. Mitteil. d. deutschen milchwirtschaftl. Vereines, 1912, Bd. XXIX, S. 81.

M. Hohenadel. Joghurt-Trockenpräparate. Pharm. Ztg., 1912, Bd. LVII, S. 218.

J. Honigmund. Über die Veränderungen der Milch maul- und klauenseuchekranker Kühe. Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhyg., 1912, Bd. XXII, S. 175.

Ferdinand Hueppe. Über Trockenmilch. Zentralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. LXIV, S. 34.

Hutinel und **Nobécourt.** Des colites aigues chez les enfants. XIII. Congrès français de médecine, Paris , 1912.

Ibrahim. Die Behandlung der hypertrophischen Pylorusstenose der Säuglinge. Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1911, Nr. 2.

Wilhelm Klink. Kühlhaltung der Säuglingsmilch. Entfettung der Säuglingsmilch. Therap. d. Gegenwart, 1911, Bd. LII, S. 407.

W. D. Kooper. Sind Alkalität und „Peroxydase" der Milch identische Begriffe? Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1912, Bd. XXIII, S. 1.

Krohn. Case of meningeal hemorrhage in newborn infant, with recovery. (Meningealblutung bei einem Neugeborenen: Genesung.) Denver Med. Times, September 1912. Wachenheim (New York).

Langevin. De la reprise de l'alimentation après la diète hydrique. La Clin. Infant., 1912, Bd. X, S. 377.

W. Lauzun-Brown. Observations on a new galactagogue. (Beobachtungen über ein neues Lactagogum.) Brit. Journ. of Childr. Dis., 1912, Bd. IX, S. 214.

Jos. Leduc. Les vomissements de l'enfant par sténose du pylore. Journ. de méd. et de chir. de Moontreal, Dezember 1911.
Lemaire. Troubles digestifs des nourrissons. Leur traitement. La Pédiatrie prat., 1911, Nr. 21.
W. B. Lewitt und **L. Porter.** Pyloric obstruction in infants with muscular hypertrophy et the pylorus. (Pylorusstenose mit muskulärer Pylorushypertrophie im Säuglingsalter.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 256.
H. Lowenburg. The significance and treatment of vomiting in infants and children. (Die Bedeutung und Behandlung des Erbrechens bei Säuglingen und Kindern.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1912, Bd. LIIX, S. 180.
H. Lührig. Zur Frage der Bestimmung der Trockensubstanz der Milch. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1912, Bd. XXIII, S. 14.
A. B. Marfan. Rétrécissement congénita du pylore par hypertrophie musculaire chez un nourrisson. Bull. de la soc. de péd., Paris, 1912, S. 279. R. Weigert.
E. Matet. Contribution à l'étude des gastro-entérites infantiles. Le régime de l'alimentation après la phase aigue. Thèses de Montpellier, 1912, Nr. 23.
E. Mayerhofer. Zur Therapie der Rumination im Säuglingsalter. Therap. Monatsh., 1912, Bd. XXVI, S. 262.
Enrico Mensi. Contributo allo studio del ricambio del cloro del neonato. (Beitrag zum Studium des Chlorstoffwechsels beim Neugeborenen.) Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 1.
Eduard Merkel. Zur Kenntnis des Frauenmilchfettes. Pharm. Zentralhalle, 1912, Bd. LIII, S. 495.
Prosper Merklen. Etude clinique de hypo-alimentation chez les nourrissons. La Pédiatrie prat., 1911, Februar.
Wilh. Mittweg. Über Fettsclerem der Neugeborenen. Dissert., Bonn 1911.
Americo Mola. Sobre el exceso de grasa en la alimentation a pecho. Arch. Latino-Americanos de Pediatrica, Jänner — Februar 1911.
Myers. Spontaneous hemorrhage in newborn and its treatment. (Behandlung der spontanen Blutung der Neugeborenen.) Wisconsin Med. Journ., Juli 1912.
Nikolaus Nahm. Über das Stillen tuberkulöser Mütter. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose, 1912, Supplementband III, S. 72.
Paul Neukirch. Ikterische Zellen im Blute bei Icterus gravis neonatorum. Zeitschr. f. klin. Med., 1912, Bd. LXXIV, S. 380.
Nobécourt. Difficultés de l'allaitement maternel. Journ. de praticiens. 1912, Bd. V, S. 68.
P. Nobécourt und **G. Schreiber.** Les sucres dans l'alimentation du nourrisson. Leur rôle en pathologie et en thérapeutique. Paris méd., 2. Dezember 1911, S. 23.
Northrup. Infantile scurvy and modern conditions. (Säuglingsskorbut unter den gegenwärtigen Verhältnissen.) Arch. of Pediatrics, September 1912. Wachenheim (New York).
F. E. Nottebohm und **W. Weißwange.** Verfahren zur Eisenbestimmung in Milch. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1912, Bd. XXIII, S. 513.
Dante Pacchioni. Sur la pathogénie de l'ictère des nouveau-nés. La Pédiatrie prat., 1911, Nr. 26.
H. Pflugradt. Der Nachweis von erhitzter Milch. Mitteil. d. deutschen milchwirtschaftl. Vereines, 1912, Bd. XXIX, S. 68.
Philippe. Le lait en poudre. (Die Trockenmilch.) Lyon méd., 1912, Bd. CXVIII, S. 1263.
Pfronneau. Les diarrhées des nourrissons soumis à l'allaitement artificiel et leurs causes. La Clin. Infant., 1912, Bd. X, S. 417.
Plauchu und **Rendu.** Etude du beurre dans le lait de femme par la centrifugation. La Pédiatrie prat., 1912, Jänner.

Porcher. Sur le lait albumineux. Lyon méd., Jänner 1912, S. 250.
Potocki. Interrupteur automatique du courant pour couveuse électrique. XV. Session de la société obstétricale de France. Paris, 10. bis 12. Oktober 1912.
Richard Puppel. Über Streptokokken in der Milch und im Säuglingsstuhl. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1912, Bd. LXX, S. 449.
W. Raabe. Über die Durchführung einer milchlosen Kost bei Spasmophilie (Krampfbereitschaft). Therap. Monatsh., 1912, Bd. XXVI, S. 338.
R. Raimondi. Influence de l'hérédité sur certaines affections des organes de la digestion chez le nourrisson. Premier Congrès internat. d'eugénique, London, 24. bis 30. Juli 1912.
Otto Rammstedt. Gewinnung und Beurteilung hygienisch einwandfreier Kuhmilch. Chemiker-Ztg., 1912, Bd. XXXVI, S. 645.
O. Rammstedt. Kochprobe, Alkoholprobe und Säuregrad der Milch. Zeitschr. f. öffentl. Chem., 1911, Bd. XVII, S. 441.
Julien Reynal. L'hypoalimentation chez le nourrisson. Thèse de Montpellier, 1911, Nr. 99.
Anna Ries-Finley. Infantile pernicious vomiting and rectal hemorrhage. Report of a case. (Perniziöses Säuglingsbrechen und rektale Hämorrhagie. Bericht über einen Fall.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 216.
Heinrich Rievel. Der Wert der Guajaktinkturprobe zur Unterscheidung roher und erhitzter Milch. Deutsche tierärztl. Wochenschr., 1912, Bd. XX, S. 161.
Wilhelm Rimpau. Bakteriologische Befunde bei Untersuchungen darmkranker Kinder. Arb. Gesundheitsamt, 1911, Bd. XXXVIII, S. 384.
R. Rosemann. Beiträge zur Physiologie der Verdauung. (5. Mitteilung.) Über den Gesamtchlorgehalt des menschlichen Fötus. Arch. f. d. ges. Physiol., 1911, Bd. CXXXXII, S. 459.
Rulison. Treatment of summer diarrhea in infants. (Behandlung der Sommerdiarrhöe.) Albany Med. Annals, September 1912.
Wachenheim (New York).
Hubert Rumpen. Über das Nichtgerinnen der gekochten Milch durch Lab. Dissert., Marburg, 1911.
E. Salkowski. Über das Verhalten der Milch zu Ammonsulfat und ein neues Verfahren zur Bestimmung des Milchzuckers. Zeitschr. f. physiol. Chem., 1912, Bd. LXXIIX, S. 89.
Sandt. Cyclic vomiting in childhood. (Zyklisches Erbrechen bei Kindern.) Journ. Med. Soc. New Jersey, September 1912.
Wachenheim (New York).
Schil. Recherches sur la glande mammaire. Sur les phases qu'elle présente au cours de son évolution et leur déterminisme. Thèse de Nancy, 1912.
O. M. Schloß und **Cormisky.** The etiology and treatment of the socalled hemorrhagic disease of the newborn. Amer. Journ. Dis. Child., 1912, Bd. III, S. 216.
Curt Serog. Über Entwicklungsdifferenzen von Zwillingen. Dissert., Breslau, 1911.
Eustace Smith. Choleraic diarrhea (Infantile Cholera) (Choleriforme Diarrhöe oder Cholera infantum.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 280.
I. Snowman. The physiological ideal in the artificial of Infants. The Lancet, 1911, Nr. 4.
Joseph Stark. Haemorrage from intestinal mucous membrane in measles. The Brit. Med. Journ., April 1912.
Martin J. Synnolt. Sommerdiarrhöe bei Säuglingen und kleinen Kindern. Der Kinderarzt, 1912, Bd. XXIII, S. 73.
S. Székely. Kindernährmittel im Handel. Molkerei-Ztg., 1912, Bd. XXVI, S. 776.

E. Terrien. Intolérance gastrique primitive du nourrisson. Le méd. prat., 1911, Nr. 22.

J. Tillmans. Eine bequeme Ausführungsart der Storchschen Reaktion. Zeitschr. z. Untersuchung v. Nahrungs- u. Genußmitteln., 1912, Bd. XXIV, S. 61.

L. Tissier. La viabilité du nouveau-né. Journ. de méd. de Paris, 1912, Bd. XV, S. 292.

H. Ulmann. Untersuchungen von Milch euterkranker Kühe auf ihren Enzyemgehalt. Vet.-med. Dissert., Stuttgart, 1912.

E. Ungermann. Welche Gefahr droht dem Menschen durch den Genuß von Milch und Milchprodukten eutertuberkulöser Kühe? Sammelforschung. 2. Bericht. Tub. Arb. Gesundheitsamt, Berlin, 1912, Heft 12, S. 213.

Variot. Dilatation de l'estomac chez le nourrisson par hypo-alimentation. Soc. méd. d. hôpitaux, Paris, 18. Oktober 1912.

— Etude clinique des diarrhées chez les nourrissons au sein. La Clin. Infant., 1912, Bd. X, S. 65.

G. Variot und **P. Lavialle.** Etude du rayonnement calorifique chez les nourrissons dans ses rapports avec l'alimentation et l'accroissement, specialement chez les atrophiques et des débiles, calorimétrie directe. (Studie über die Wärmestrahlung beim Säugling und ihre Beziehungen zur Ernährung und Wachstum, besonders bei Atrophikern und Debilen. Direkte Calorimetrie.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp., de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 410.

Variot und **Morancé.** Les variations du périmétre sus-ombilical sous l'influence de la ration alimentaire chez les nourrissons atteints d'ectasie abdominale. La Clin. Infant., 1912, Bd. X, S. 164.

— und **Navialle.** Calorimétrie des nourrissons. Soc. méd. d. hôpitaux, Paris, 29. März 1912.

P. Vidal. Le melaena du nouveau-né. Thèse de Paris, 1911, Nr. 69.

Beth Vincent. Blood transfusion for hemorrhagic disease of the newborn: the use of the external jugular vein in infants. (Bluttransfusion bei hämorrhagischer Diathese der Neugeborenen. Verwendung der Vena jugularis externa der Säuglinge.) Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVI, S. 627.

Friedrich Vorpahl. Ein Fall von Melaena neonatorum, hervorgerufen durch Blutung aus angeborenen Phlebektasien des Ösophagus. Arch. f. Gynäkol., 1912, Bd. IVC, S. 377.

H. Vortisch van Vloten. Über Säuglingsernährung in den Tropen. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1912, Bd. XVI, S. 69.

H. Weigmann. Über die Brauchbarkeit der Guajaktinktur zum Nachweis einer ausreichenden Pasteurisierung der Milch. Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1912, Bd. XXXXI, S. 33.

Weill, Morel und **Pollcard.** Description des pigments d'origine biliaire contenus dans les selles de nourrissons. La Pédiatrie prat., 1911, Nr. 30.

Weill und **Mouriquand.** Sur le lait albumineux. Lyon méd., 1911, November, S. 200.

Stephan Weiser. Über den Ca-, Mg-, P- und N-Umsatz des wachsenden Schweines. Biochem. Zeitschr., 1912, Bd. XXXXIV, S. 279.

Georg Wiegner. Kolloidchemische Studien an der Milch. Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1911, Bd. VII, S. 534.

Ira S. Wile. Maternal nursing. The return of milk after discontinuance of nursing. (Das Stillen der Mutter. Rückkehr der Milch nach Unterbrechung des Stillens.) Journ. of the Amer. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 775.

H. Willeke. H, Schellbach und **W. Jilke.** Mitteilungen aus der Praxis der Milchkontrolle. I. Wasserstoffsuperoxydhaltige Milchkonservierungsmittel. Zeitschr. z. Untersuchung v. Nahrungs- u. Genußmitteln, 1912, Bd. XXIV, S. 227.

Ignatz Zadek. Über hämorrhagische Erosionen und Magengeschwüre und ihre Beziehungen zu Melaena neonatorum im Anschluß an vier Fälle bei Säuglingen. Dissert., Freiburg im Breisgau, 1912.
L'anasarque dans les gastro-entérites infantiles. Revue générale. Arch. de Méd. des Enfants, 1912, Bd. XV, S. 858.
Le lait en poudre. La Clin. Infant., 1912, Bd. X. S, 385.
Milchnährschaden unter dem Bilde der Idiotie. Pester med. chir. Presse, 1912, Heft 3.

Klinik der Kinderkrankheiten.

Rudolf Abel. Erfolge und Mängel der Diphtheriebekämpfung. Zentralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. LXIV, S. 229.
Achard. Fièvre typhoide chez un nourrisson. Pathol. infant., 1911, Nr. 8.
— und **Flandin.** Fièvre typhoide chez un nourrisson. Progrès méd., 1911, XXIII, S. 377.
G. Adamo. Contributo allo studio della patogenesi ed etiologia della anemia splenica infantile. (Beitrag zur Frage der Pathogenese und Ätiologie der Anämie splenica infantum.) Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 386.
Mamerto Aguna. La pericarditis tuberculosa y la cirrosis cardio-tuberculosa en el nino. Argentina medica, 1911.
Tranosuke Akatsuka. Über Osteogenesis imperfecta congenita. Dissert., München, 1911.
J. Allan. Morbilliform rash in a child. (Morbilliformes Exanthem bei einem Kind.) Brit. Journ. of Child. dis., 1912, Bd. IX, S. 118.
Anderson und **Frost.** Abortive cases of Poliomyelitis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1911, März, S. 662.
Andronesco und **Saratzeano.** Valeur de la réaction de Wassermann dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis. La Presse méd., 1912, Bd. XXVII, S. 271.
— Le diagnostic précoce de la rougeole. Pathol., infant. 1911, Nr. 12.
E. Apert und **Rouillard.** Juvénilisme pur. Origines dysthyroidiennes de l'infantilisme et du juvénilisme (Présentation des malades.) (Reiner Juvenilismus. Dysthyrioidaler Ursprung des Infantilismus und Juvenilismus. Krankenvorstellungen.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 84.
— — Origine dysthyroidienne de l'infantilisme. Soc. méd. des hôp., Paris, 12. Juli 1912.
Ferdinand Arloing. Diphtérie aviaire et diphtérie humaine. I. Congrès international de pathologie comparée. Paris, 17. bis 23. Oktober 1912.
J. M. Arluck und **J. J. Winocouroff.** Zur Frage über die Ansteckung an Tuberkulose jüdischer Kinder während der Beschneidung. Beitr. Tuberkulose, 1912, Bd. XXII, S. 341.
P. Armand-Delille. La morbidité tuberculeuse chez les enfants vivant au contact de parents tuberculeux. Préservation par l'Oeuvre Grancher. VII. Congrès international de la tuberculeuse. 14. bis 20. April 1912.
Gustav Aschaffenburg. Die Nervosität im Kindesalter. Das Kind, 1911, Bd. I, S. 338.
Ashley. Bacteriology of diphtheria. (Bakteriologie der Diphtherie.) Northwest Med., September, 1912. Wachenheim (New-York.)
L. d'Astros. Un cas de vaccine généralisée terminé par la mort. (Ein tödlich verlaufender Fall von Vaccine generalisata.) Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 225.
Georg Atzrott. Zwei Fälle von Angina Ludwigii. Dissert., Berlin, 1912. E. Ebering.
J. Audrain. Le tissu lymphoide devant les grandes diathèses et l'intoxication. (Die Erkrankung des lymphoiden Gewebes und die Diathesen.) Progr. méd. 1912, Bd. XL, S. 413.

Aviragnet, Blechmann und **Huber.** Un sac de gangrène embolique d'un membre consécutive à une angine diphtérique maligne. (Ein Fall von embolischer Gangrän einer Extremität im Anschluß an eine maligne Rachendiphtherie.) Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, Bd. IIIL, S. 142.

Azéma. Un nouveau cas de méningite cérébrospinale chez un nourrisson. Soc. d'obstétr. de Toulouse, 7. Juni 1911.

Babonneix. Epilepsie. Etat de mal épileptique chez un enfant de cinq mois. La Pédiatrie prat., 1911, Nr. 33.

Stephan Bächer. Nachtrag zur Arbeit: Über die ätiologische Bedeutung des Bordetschen Keuchhustenbazillus und der Versuch einer spezifischen Therapie der Pertussis von St. Bächler und V. Menschikoff. Zentralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. LXII, S. 312.

Balard. Mort apparente d'un nouveau-né en période agonique; persistance de la circulation démontrée par l'oscillomètre de Pachon. Soc. de gynécol., d'obstétr. et de péd., Paris, 23. Juli 1912.

Balsamoff. La radiothérapie contre la péritonite tuberculeuse. (Radiumbehandlung bei tuberkulöser Peritonitis.) Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 368.

George S. Banks. Family susceptibility and virulence in scarlet fever. (Familiäre Empfänglichkeit und Empfindlichkeit gegen Scharlach.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 1194.

H. Barkan und **W. P. Lukas.** Acute suppurative pericarditis in infancy. (Akute eitrige Perikarditis im Säuglingsalter.) Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVI, S. 444.

Seymour Barling. Pneumococcal peritonitis in children. (Pneumokokkenperitonitis im Kindesalter.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 257.

Amerigo Barlocco. Influenza dell' autolisi sull' attività della tossina differica. (Einfluß der Autolyse auf die Wirksamkeit des Diphtherietoxins.) Pathologicà, 1912, Bd. IV, S. 312.

Barrié und **Routier.** Crise de tachycardie paroxystique à forme auriculaire chez une jeune fille atteinte de sténose mitrale. Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp., 1912, Bd. XX.

Baruck. Le suicide chez les jeunes gens. Bull. de la soc. de méd. d'Angers. 1912. S. 32.

Frederick E. Batten. Case of dermato-myositis in a child, with pathological report. (Ein Fall von Dermatomyositis bei einem Kinde, mit Sektionsbefund.) Brit. Journ. of Childr. Dis., 1912, Bd. IX, S. 247.

Fr. E. Batten. Experimental poliomyelitis. (Experimentelle Poliomyelitis.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 413.

Baumel. Lupus de la face chez un nourrisson. Journ. des praticiens, 1912, Bd. III, S. 33.

Henry Beates und **B. A. Thomas.** The successful treatment of a case of tetanus. Monthly Cyclop. and Med. Bull., Juni 1911.

Beatty. Rectal administration of salicylates in influenza of infancy. (Rektale Anwendung der Salizylate bei Influenza der Säuglinge.) Med. Record, 3. August 1812.

E. C. Beck. Raynauds disease. Interst. med. Journ., 1912, Bd. XIX, S. 328.

H. Berberich. Die kutane Tuberkulinimpfung nach von Pirquet — 800 Fälle aus der Universitätskinderklinik Freiburg im Breisgau. Beitr. Tuberkulose, 1912, Bd. XXXIII, S. 299.

Olga von Bergmann-Rosoff. Les réactions cutanées diathésiques chez le nourrisson. Thèse de Paris, 1911.

Bertram M. Bernheim. An emergency canula. Transfusion in a thirty-six-hour old baby suffering from melena neonatorum. (Eine Kanüle für dringliche Fälle. Transfusion bei einem 36 Stunden alten, an Melaena neonatorum leidenden Neugeborenen.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 1007.

Adolf Bingel. Die „schleichende" Diphtherievergiftung und ihre Behandlung durch intralumbale Seruminjektionen. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1911, Bd. CIV, S. 370.
M. Björkstén. Om serumbehandling af scharlakansfeber. (Die Serumbehandlung des Scharlachs), 1912, Bd. LIV, S. 620.
E. Bitot und **P. Morlac.** Diphthérie spasmogène type tétanos sans extérioration membraneuse. (Spasmogene unter dem Bilde des Tetanus verlaufende Diphtherie ohne Membranbildung.) Gaz. des hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 753.
Blackfan. Apparatus for collecting infants' blood for the Wassermann reaction. (Apparat zur Bluterhaltung bei Säuglingen für die Wassermann-Probe.) Amer. Journ. Dis. Child., Juli 1912, Wachenheim (New York.)
W. H. Bodenstab. Acute lymphatic leukemia. (Akute lymphatische Leukämie.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 935.
Paul Boncour. Sur la nature et le pronostic des terreurs nocturnes. Pathol. infant., 1911, Nr. 1.
Bonnaire. Hémophilie chez un nouveau-né. Mort par hémorragie à l'occasion de la vaccination. Soc. d'obstétr. de Paris. 18. Mai 1911.
— und **Durante.** Arrêt de développement du crâne et du cuir chevelu. Soc. anatom., Paris, 3. Mai 1912.
A. Bonnet-Laborderie. Réflexions sur un cas d'hémorragie buccale mortelle survenue chez un nouveau-né à la suite d'une version par manoeuvres internes. La Pédiatrie prat., 1911, Mai.
L. Borchardt. Zerebrale Kinderlähmung und Intelligenz. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, 1911, S. 39.
— Über das Blutbild bei Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion und seine Beziehungen zum Status thymico-lymphaticus. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. CVI, S. 182.
J. Bordet. Note complémentaire sur le microbe de la coqueluche et sa variabilité au point de vue du sérodiagnostic et de la toxicité. (Ergänzende Mitteilung über den Pertussiserreger und seine Variabilität in bezug auf die Serodiagnostik und die Toxizität.) Zentralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. LXVI, S. 276.
Bernhard Boesensell. Über erschwertes Décanulement und Diphtherierezidiv. Dissert., Kiel, 1912.
F. Bourdier. Méninges optiques et méningites optiques primitives. Thèse de Paris, 1911, S. 288.
Pierre Bourlon. Rhumatisme céréb ral chez l'enfant. Thèse de Paris, 1912.
Brandenstein. Dysbasia arteriosclerotica und Plattfuß. Berliner klin. Wochenschr., 1912, Bd. IL, S. 2027.
Otto Brian. Untersuchungen über die Ätiologie des Erythema nodosum. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1911, Bd. CIV, S. 272.
Briquet. Contribution à l'étude de l'acromégalie. (Beitrag zum Studium der Akromegalie.) Press méd., 1912, Bd. XX, S. 751.
Brown. Congenital syphilis. New Orleans Med. & Surg. Journ., September 1912. Wachenheim (New York).
Browne. Antitoxin in diphtheria and membranous croup. (Heilserum bei Diphtherie.) Kentucky Med. Journ., Bd. I, 1. August 1912.
A. Bruch. Hémoglobinurie paludéenne. (Kurze Mitteilung eines Falles.) Arch. de méd. des enf., Bd. XV, S. 6.
J. de Bruin. Icterus haemolyticus bei einem 6jährigen Knaben. Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 1912, Bd. III., S. 1026.
— Mikromelie und Rachitis. Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 1912, Bd. IIL, S. 1023.
Buffet-Delmas. Anorexie mentale chez un nourrisson. Soc. méd. des hôp., Paris, 26. Januar 1912.
J. L. Bunch. Hereditary syphilis and its treatment by arsenobenzol, 606. The Brit. Journ. of Child. Dis., April 1912.
— Skin rashes in children. (Hauteruptionen bei Kindern.) Brit. med. Journ., 1912. Nr. 2674. S. 709.

Ch. W. Burr. Congenital aphasia. (Kongenitale Aphasie.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 137.

E. Farquhar Buzzard. Acute poliomyelitis and allied conditions. (Akute Poliomyelitis und verwandte Krankheitszustände.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 922.

Leo Byczkwroski. Über drei Fälle von Endocarditis lenta. Dissert., Greifswald 1912.

Hector Charles Cameron. Pneumococcal peritonitis in children. (Pneumokokkenperitonitis im Kindesalter.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 258.

Capps. Cerebrospinal meningitis. Mississippi Med. Monthly, September 1912. Wachenheim (New York).

Cardamatis. Leishmaniose canine en Grèce. Soc. de pathol. exotique, Paris, 14. Februar 1912.

J. H. G. Carstens. Morphinevergiftiging by een zuigeling van 19 Tagen. (Morphiumintoxikationen bei einem Säugling von 19 Tagen.) Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 1912, Bd. II, S. 921.

E. Cathoire. Prophylaxie de la diphthérie par la recherche systématique des porteurs sains de bacilles de Loeffler vrais. (Prophylaxe der Diphtherie durch systematisches Aufsuchen der gesunden Träger echter Löfflerscher Bazillen.) Rev. d'hyg., 1912, Bd. XXXIV, S. 935.

Edmund Cautley. Mucous gastritis in infancy. (Gastritis mucosa im Säuglingsalter.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. 241.

Cazal. Le chlorhydrate de phénocolle dans la coqueluche. Ann. de la Policlin. de Toulouse, 1912, Bd. VI, S. 81.

Chambrelent. Le Salvarsan chez le nouveau-né. Soc. obstétr. de France. XV. Congrès, Paris, 10. bis 12. Oktober 1912.

Chatelin. Hypertrophie du thymus, spasme de la glotte, tétanie et rachitisme chez un enfant de huit mois. La Pédiatrie prat., 1911, Juni.

H. M. Mc. Clanahan. The management of asthma in children. (Die Behandlung des Asthma im Kindesalter.) Amer. Journ. of the Med. Sc., 1912, Bd. CXXXXIII, S. 836.

L. P. Clark. A clinical contribution to our knowledge of poliomyelitis with cortical involvement. (Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Poliomyelitis mit Beteiligung der Hirnrinde.) Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1912, Bd. CXXXXIII, S. 571.

Elie Clos. Des séquelles psychiques de la méningite cérébro-spinale. Thèse de Paris. 1912, S. 100.

Cohn. Über epidemisches Auftreten von seborrhoischen Ekzemen. Verhandlungen der XIII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1912, Bd. XXV, Heft 8.

André Collin. Le syndrome infantile normal psycho-neuro-musculaire. Thèse de Paris, 1912.

Combe. La réaction de Mantoux en clinique infantile. (Die Reaktion von Mantoux in der Kinderpraxis.) Rev. méd. de la Suisse Rom., 1912, Bd. XXXII, S. 244.

Commandeur. Hémorragie mortelle chez un nouveau-né par une petite plaie frontale. Réunion obstétr. de Lyon, 18. Mai 1911.

Comby. Etats méningés chez les enfants. Soc. méd. des hôp., Paris, 30. November 1912.

Mc. Cool. Convergent strabismus in children and its treatment. (Behandlung des konvergierenden Strabismus bei Kindern.) Northwest Med., September 1912.

Ed. Cordier. Anorexie mentale chez un nourrisson. Ann. de l'Institut de puériculture de Bruxelles., 1912, Nr. 4.

Edred M. Corner. La tuberculose des glandes mésentériques chez les enfants. VII. Congrès international de la tuberculose. Rom, 14. bis 20. April 1912.

Olimpio Cozzolino. Les morts subites chez les enfants: sur les morts subites dites thymiques. La Pédiatrie prat., 1912, Mai.

A. Creazzo. Contributo allo studio anatomo-patologico della enterocolite mucosa subacuta e cronica. (Pathologisch-anatomischer Beitrag zur subakuten und chronischen Enterocolitis mucosa.) Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 81.

G. Crespi. Di due casi di morbo di Raynaud. Morgagni, 1912, Bd. LIV, S. 241.

T. Mc. Crirk. Purpura fulminans as a sequela of scarlet fever. (Purpura fulminans im Gefolge von Skarlatina.) Brit. Journ. of child., Dis., 1912, Bd. IX, S. 154.

R. Cristofoletti und **H. Thaler.** Experimentelle und klinische Beiträge zur Frage nach den Beziehungen zwischen Tuberkulose und Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geburth. u. Gynäkol., 1911, Bd. XXXIV, S. 513.

R. Cruchet. Considérations cliniques sur le tétanos et la tétanie spécialement chez l'enfant. Pathol. infant., 1912, Nr. 8.

D. W. Currie und **Edwin Bramwell.** A local epidemic of acute poliomyelitis. Edinburgh med. Journ., Oktober 1911.

Max Dalmer. Über Mittelohrbeteiligung bei einem Falle von gonorrhoischer Konjunktivitis eines Neugeborenen. Beitr. z. Augenheilk., 1912, Bd. LXXXI, S. 29.

S. Danziger. Haemophilia in an infant. The Brit. med. Journ., April 1912.

D. J. Davis und **E. C. Rosenow.** An epidemic of sore throat due to a peculiar streptococcus. (Eine Epidemie von Rachenentzündung, verursacht durch einen spezifischen Streptokokkus.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 773.

H. R. Dean. A case of ulcerative endocarditis produced by the pneumococcus in a child aged three years. The Brit. Journ. of Child. Dis., Juli 1912.

Dejerine und **Long.** Examen d'un cas de poliomyélite antérieure chronique. Soc. de neurol., Paris, 29. Februar 1912.

A. Delcourt. Le diagnostic de la coqueluche fruste par la réaction de Bordet-Gengou. (Die Diagnose des atypischen Keuchhustens durch die Bordet-Gengousche Reaction.) La pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 1.

Delfosse. Leucémie myéloide chez les nourissons. La Pédiatrie prat., 1911, Nr. 31.

Paul und **Jean Delmas.** Sur l'emploi de l'oxygène pur comme traitement de la mort apparente du nouveau-né. Rev. mens. d'obstétr. de gynécol. et de péd., April 1912.

G. Dencks. Über eine ungewöhnliche Form der Chondrodystrophia foetalis. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1912, Bd. CXVIII, S. 302.

Derscheid. De l'évolution de la Tuberculose ganglionnaire du médiastin. La polyclinique, 1912, Nr. 1.

Albert Deschamps. Astasie-abasie par suggestion maternelle. La Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 80.

Detante. Sur une épidemie de fièvre aphteuse qui a sévi en 1911 dans l'arrondissement de Sedan (Ardennes). I. Congrès international de pathologie comparée, 17. bis 23. Oktober 1912.

Dominici. Alterazioni del cordone ombelicale nella sifilide. Riv. d Clin. pediatrica, August 1911.

M. Dossin. L a tuberculose chez le nourrisson. Le Scalpel, 1912, Bd. LXIV, S. 703.

George Draper und **Francis W. Peabody.** A Study of the cerebrospinal fluid and blood in acute poliomyelitis. (Zerebrospinalflüssigkeit und Blut bei Poliomyelitis acuta.) Amer. journ. of dis. of child., 1912, Bd. III, S. 153.

Maurice Dubosc. Les accidents de la sérothérapie antiméningococcique. Thèse de Paris, 1912.

Dubousquet-Laborderie. Unicité de la diphtérie humaine et animale. I. Congrès international de pathologie comparée. Paris, 17. bis 23. Oktober 1912.

Dubousquet-Laborderie und **Edmond Barthélemy.** Prophylaxie des maladies infectieuses par la vaccine animale. I. Congrès international de pathologie comparée. Paris, 17. bis 23. Oktober 1912.
Peter Düek. Über Encephalocele posterior mit eigentümlichen Neurogliawucherungen und Rachischisis lumbosacralis. Arch. f. Entwicklungsmech. d. Organ. 1911, Bd. XXXII, S. 668.
Dufour. Discussion sur le processus de vacuolisation des fibres musculaires du coeur dans l'atrophie et l'hypertrophie infantiles. La Clin. infant. 1912, Bd. X, S. 394.
— Etats méningés curables chez les enfants. Soc. méd. d. hôpitaux. Paris, 6. Dezember 1912.
C. L. Fitzwilliams Duncan. Syphilitic affections of bones met with in childhood. The Brit. Journ. of Childr. Dis., März 1912.
R. Dupérié. Sur un cas d'endocardite infectieuse à évolution prolongée chez un enfant de 8 ans. Gazz. d. mal infant., 1912, Bd. XIV, S. 4.
Raoul Dupuy. Contribution à l'étude et au traitement des enfants arriérés. Acad. des scienc., Paris, 15. April 1912.
— Contribution au traitement des enfants „arriérés" par les extraits endocriniens associés. Acad. des scienc., Paris, 9. Dezember 1912.
— Quelques considérations sur les enfants arriérés. Premier Congrès international d'eugénique, London, 24. bis 30. Juli 1912.
Raoul Duthoit. Soixante-douze cas de coqueluche traités par la sérum Bordet-Gengou. (Zweiundsiebzig Fälle von Keuchhusten mit dem Bordet-Gengouschen Serum behandelt.) Ann. et bull. de la soc. roy. d. scienc. méd. et natur. de Bruxelles, 1912, Bd. LXX, S. 378.
— Sur le traitement sérothérapique de la coqueluche. Soc. des scienc. méd. et natur. de Bruxelles, Sitzung am 3. Juli 1911.
A. Dutoit. Klinische Beobachtung von sechs Fällen von Neuritis optica infectiosa bei Masern, bei Scharlach, bei Typhus abdominalis und bei Influenza. Arch. f. Augenheilk., 1912, Bd. LXXI, S. 1.
Eastmann. Chorea. New York Med. Journ., 17. August 1912.
Wachenheim (New York).
G. Eben. Important factors in reducing the high death-rate in diphtheria. (Wichtige Faktoren bei der Herabsetzung der hohen Diphtheriemortalität.) Internat. clin., 1912, Bd. XXII, S. 98.
Eckert. Weitere Beiträge zur Kasuistik der Leberaffektionen im Kindesalter. (Polyserositis, Weilsche Krankheit.) Charité-Ann., 1911, Bd. XXXV, S. 218.
George H. Edington. Ulcerating gummatous syphilide treated by „606" in a congenital syphilitic. The Glasgow med. Journ., Oktober 1911.
Walter Ehrhardt. Ein Beitrag zur Behandlung der Diphtherie mit großen Serumdosen. Dissert., Kiel 1912, H. Fiencke, Verlag.
Allan Eustis. Further evidence in support of the toxic pathogenesis of bronchial asthma based upon experimental research. (Weitere Nachweise über die Wahrscheinlichkeit einer toxischen Pathogenese des Bronchialasthmas auf Grund experimenteller Forschungen.) Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1912, Bd. CXXXXIII, S. 862.
Fabre und **Bourret.** De l'emploi du salvarsan dans le traitement de l'hérédosyphilis. XV. Session de la société obstétricale de France. Paris, 10. bis 12. Oktober 1911.
— — Injections de Salvarsan aux nouveau-nés syphilitiques. Soc. obstétr. de France. XV. Congrès. Paris, 10. bis 12. Oktober 1912.
— und **Jarricot.** Deux cas d'hématurie chez le nouveau-né. Réunion obstétr. de Lyon, 16. März 1911.
David Fairchild. L'hérédité de l'épilepsie. Premier Congrès international d'eugénique. London, 24. bis 30. Juli 1912.
Ch. Fairise. Étude sur les tuberculoses latentes et particulièrement celle des ganglions trachéo-bronchiques chez les enfants. Thèse de Nancy, 1911, S. 150.

Farnarier. L'ophtalmie des nouveau-nés et l'incurie des certaines sages femmes. Province méd., Dezember 1911.
Farnell and **Burnett.** An unusual lesion of the right crus in an infant of four months. (Ungewöhnliche Läsion des rechten Gehirnschenkels bei einem 4monatigen Kinde.) Amer. Journ. Dis. Child., Juli 1912.
Feer. Die Bronchiolitis und die Bronchopneumonie der kleinen Kinder. Med. Klin., Nr. 16. Klinischer Vortrag. Steinitz.
E. Feer. Demonstration eines Falles von angeborener Muskelatonie. (Myatonia congenita Oppenheim.) Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 719.
Ferrier. Paludisme congénital. Soc. d'obstrét. et de gynécol. de Paris, 9. Dezember 1912.
Fischer. The treatment of scarlet fever. (Die Behandlung des Scharlachfiebers.) Arch. of Pediat., Juli 1912.
Rudolf Fischl. Scharlachfragen. Fortschr. Med., 1911, Bd. XXIX, S. 889.
— Zur Klinik des Masernexanthems. Fortschr. d. Med., 1912, Bd. XXX, S. 13.
D. C. L. Fitzwilliams. Syphilitic affections of bones met with in childhood. (Syphilitische Knochenerkrankungen im Kindesalter.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd, IX, S. 97.
Simon Flexner. A lecture on the present status of epidemic poliomyelitis. (Vortrag über den gegenwärtigen Stand der epidemischen Poliomyelitis.) Internat. clin., 1912, Bd. XXII, S. 101.
— Experimental poliomyelitis. (Experimentelle Poliomyelitis.) Internat. clin., 1912, Bd. XXII, S. 80.
— **P. F. Clark** und **A. R. Dochez.** Experimental poliomyelitis in monkeys. Thirteenth note: Survival of the poliomyelitic virus in the stomach and intestine. (Experimentelle Affen-Poliomyelitis. 13. Mitteilung: Überleben des poliomyelitischen Virus im Magen und Darm.) The Journ. of Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 273.
F. Flury. Zur Chemie und Toxikologie der Askariden. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol., 1912, Bd. LXVII.
E. Foisy. Le traitement radiothérapique des adénites tuberculeuses. Arch. médico-chir. de province, Januar 1912.
David Forsyth. On the diagnosis of spinal cord affections. (Über die Diagnose von Rückenmarkserkrankungen.) Brit. med. Journ. 1912, Nr. 2665, S. 172.
C. Franciont und **G. Menabuoni.** La réaction de Wassermann chez les enfants. La Pédiatrie prat., 1912, S. 210.
A. Frank. Ein Beitrag zur Diphtheriebekämpfung in Schulen und geschlossenen Anstalten. Hyg. Rundsch., 1912, Bd. XXII, S. 325.
John Fraser. The relative prevalence of human and bovine types of tubercle bacilli in bone and joint tuberculosis occurring in children. (Das Verhältnis humaner und boviner Tuberkelbazillen bei Knochen- und Gelenktuberkulose im Kindesalter.) Journ. of exp. Med., 1912, Bd. XVI, S. 432.
Mérigot de Freigny et Meslay. Rheumatisme cérébral à forme choréique chez une fillette de 14 ans. Bull. de la soc. de péd. de Paris., 1912, S. 310. R. Weigert.
M. Friedmann. Zur Kenntnis der gehäuften nichtepileptischen Absenzen im Kindesalter. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1912, Bd. IX, S. 245.
Johannes Fries. Isolierte Erregbarkeitsstörung des Ventrikels bei einem Fall von Diphtherie. Würzburg 1912.
A. Fritz. Beiträge zur Epidemiologie der Poliomyelitis acuta (Heine-Medin.) in Ungarn im Jahre 1911. Budap. orvosi ujsag., 1912, Bd. X.
Froelich. Exstrophie de la vessie. Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 359.
H. Fromont. Sur un signe peu connu de la scarlatine. La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 75.

Ferdinand Fuchs. Ein Beitrag zur Lehre der Osteogenesis imperfecta. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med., 1912, S. 75.

W. Fürstenheim. Zur Lehre von der Wechselwirkung zwischen körperlicher und geistiger Schwäche im Kindesalter. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, 1912, Bd. V, S. 10.

Ernesto Gaing. Enterorragia mortal por anquilostomiasis. Arch. latinoamer. de Pediatrica, Juli/August 1911.

Jean Galup. L'arthritisme diathèse d'anaphylaxie. (Der Arthritismus eine anaphylaktische Diathese.) Presse méd., 1912, Bd. XX, S. 526.

Gaucher. Définition et éléments du diagnostic dans l'hérédo-syphilis tertiaire. Pathol. infant., 1911, Nr. 7.

E. Gaujoux. Les aphtes chez l'enfant. (Die aphthösen Munderkrankungen des Kinds.) Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 1,.

Pierre Gautier. Note sur 150 cas de scarlatine observés à la clinique infantile de Genève. (150 Scharlachfälle der Kinderklinik in Genf.) Rev. méd. de la Suisse rom., 1912, Bd. XXXII, S. 584.

Geisser. Beitrag zu Scleroderma neonatorum. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1912, Bd. XXXII.

Wilhelm Gilbert. Über angeborenen Totalstar und Netzhautanomalien. Graefes Arch. f. Ophthalmol., 1911, Bd. LXXXI, S. 87.

— Zur Pathogenese der Cataracta congenita totalis. Bericht über die Vers. d. ophthalmol. Ges., 1911, Bd. XXXVII, S. 37.

E. J. Gindes und **M. S. Mendelson.** Zur Frage der Pirquetschen Reaktion im Kindesalter. Medicynskoje Obosrenije, 1912, Bd. LXXVIII, S. 445.

Girard-Mangin. L'asthme chez le chien, l'enfant, le vieillard. I. Congrès international de pathologie comparée. Paris 17. bis 23. Oktober 1912.

Alexander Goodall. Acute myelocythaemia associated with osteosclerosis an other ununsual features occurring in an infant. (Akute Myelozythämie mit Osteosklerose und anderen ungewöhnlichen Begleiterscheinungen bei einem Säugling.) Edinb. Med. Journ. N. S. 1912, Bd. VIII, S. 500.

A. M. Gossage. Rheumatism in children. Pediatrics, 1912, Bd. XXIV S. 201.

Gottstein. Zur Epidemiologie der Diphtherie mit besonderer Berücksichtigung der Schule. Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med., 1912, Bd. XXXXIII, S. 136.

Gräf. Vergleichende Untersuchungen über Giftbildung in Diphtheriebazillenkulturen. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1912, Bd. LXXII, S. 523.

H. Grenet et **P. Loubet** (de Toulouse). Chorée de Sydenham avec symptômes nerveux organiques. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, S. 163. R. Weigert.

E. Gressot. Zur Lehre von der Hämophilie. Zeitschr. f. klin. Med., 1912, Bd. LXXVI, S. 194.

Paul Greven. Bekämpfung der Blenorrhoea neonatorum. Deutsche Ärztezeitung, 1912, S. 3.

C. G. Grulee. The dietetic treatment of infantile tetany. (Die diätetische Behandlung der Säuglingstetanie.) Arch. of Ped., 1912, Bd. XXIX, S. 24.

— The relation of the parathyroid gland to infantile tetany. (Verhältnis der Nebenschilddrüse zur Säuglingstetanie.) Journ. Amer. Med. Assoc., 21. September 1912.
Wachenheim (New York).

Wladimir Grunberg. Hérédité et tuberculose. Thèse de Paris, 1912.

Charles Guille. Etude sur le livedo. Thèse de Paris, 19. Juli 1912.

René Guillermin. Un cas de jumeaux d'inégal développement. Rev. méd. de la Suisse rom., 20. Februar 1911.

E. F. Gundrum. Acute poliomyelitis in California. (Die akute Poliomyelitis in Kalifornien.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIIX, S. 254.

Leonhard Guthrie. A case of chronic jaundice and splenomegalie. (Ein Fall von chronischem Ikterus und Splenomegalie.) Brit Med. Journ., 1912, Nr. 2875, S. 782.

Gaston Haguet. Les hémorrhagies sous-dure-mériennes spontanées chez l'enfant. Thèse de Paris, 1911, Nr. 415, S. 72.

A. Halipré. Hémophilie. Métrorrhagies graves chez une fillette. (Schwere Uterusblutungen bei einem hämophilen Mädchen.) Rev. franç. de méd. et de chir., 1912, Bd. IX, S. 27.

Louis P. Hamburger. An epidemic of septic sore throat in Baltimore and its relation to a milk supply. (Eine Epidemie von septischer Rachenentzündung in Baltimore und deren Zusammenhang mit einer Milchquelle.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 1109.

Francis Harbitz. Akromegalie und Hemiatrophia facialis progressiva. Gleichzeitige Mißbildungen mehrerer Organe mit „innerer Sekretion". Zentralbl. f. Pathol., 1911, Bd. XXII, S. 801.

P. Haushalter. Contribution à l'étude de la démence précoce dans l'enfance. (Zur Kenntnis der Dementia praecox beim Kinde.) Arch. de méd. des enfants, 1912, Bd. XV, S. 169.

R. St. Haynes. The prevention of the commoner contagious diseases of infancy and childhood. (Die Verhütung der häufigeren ansteckenden Krankheiten des Säuglings- und Kindesalters.) Arch. of Ped., 1912, Bd. XXIX, S. 257.

B. D. van Hedges. Contact infection in contagious disease. (Kontaktinfektion bei ansteckenden Krankheiten.) Arch. of Ped., 1912, Bd. XXIX, S. 250.

Paul Heim. Herpes zoster és varicella. (Herpes zoster und Varicella.) Orvosi Hetilap., 1912, Bd. LVI, S. 717.

Henschen. Überpflanzen normaler mütterlicher Schilddrüse in das Peritoneum, das Knochenmark und die Vena saphena magna des myxidiotischen Kindes. Korrespondenzbl. f. schweizer Ärzte, 1912, Bd, VIIIL, S. 503.

Joseph Herb. Ein kleiner Beitrag zur Tuberkulose in der frühesten Kindheit. Dissert., München 1912.

Walter Hetzer. Über Stomatitis bei Scharlach und Scharlachrezidive. Dissert., Jena, 1912.

N. J. Heybrock. Die Rolle der Neuropathie bei körperlichen Leiden in den ersten Lebensjahren. Nederl. Maandschr. v. Verloskunde en Geneeskunde, 1912, Bd. I, S. 87.

J. F. Heymans. La tuberculose et le lait. VII. Congrès international de la tuberculose, 14. bis 20. April 1912.

Max Hirsch. Der Keuchhusten, seine Bedeutung und Bekämpfung. Gesundheit, 1911, Bd. VIII, S. 141.

Francis Huber. Empyema in infants. (Empyem in frühen Kindesalter.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 192.

Hulst. The pathology of chorea. (Pathologie der Chorea.) New York Med. Journ., 17. August 1912.

Alfred Hüssy. Die Sonnen- und Freiluftbehandlung der chirurgischen Tuberkulose im Hochgebirge. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 698.

Hutinel. La conception moderne de la chorée. La Pédiatrie prat., 1911, Mai.

— Médiastinites chroniques, médiastinite supérieure. Pathol. infant., 1911, Nr. 11.

— Méningites des nourrissons. La Pédiatrie prat., 1912, April.

— und **Léon Tixier.** Diagnostic de la tuberculose chez les nourrissons. VII. Congrès international de la tuberculose. Rom, 14. bis 20. April 1912.

Oskar Jaeger. Über Schädigungen von Mutter und Kind nach Salvarsanbehandlung der Mutter in den letzten Monaten der Schwangerschaft. Frauenarzt, 1911, Bd. XXVI, S. 338.

Walther Jaenicke. Die Augenveränderungen beim Turmschädel. Dissert., Rostock, 1911.
Cyrille Jeannin. La vaccination précoce du nouveau-né, ses dangers possibles, ses résultats, Presse méd., 1911, Nr. 60.
E. Jeanselme, A. Vernes und **Bertrand.** Traitement de la syphilis du nourrisson par le lait de chèvre salvarsanisée. Paris méd., 23. Dezember 1911.
L. Jessner. Hautveränderungen bei Erkrankungen der Leber. Würzburg, Kurt Kabitzsch, 1912, 23. S.
Hans Iselin. Die konservative Behandlung der Drüsentuberkulose. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 729.
Paul Jungmann. Streptokokken bei Scharlach. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. CVI, S. 283.
Seiji Kaschiwabara. Über die durch eine Art Diplokokken verursachte diphtherieähnliche Pharyngitis und Laryngitis auf der Insel Formosa. Arch. f. Lar. u. Rhinol., 1912, Bd. XXVI, S. 235.
Klara Kennerknecht. Über das Vorkommen von Tuberkelbazillen im strömenden Blut bei Kindern. Beitr. zur Tuberkulose, 1912, Bd. XXIII, S. 265.
Ch. G. Kerley. The dietetic and general management of typhoid fever in children. (Die diätetische und Allgemeinbehandlung des Abdominaltyphus im Kindesalter.) Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1912, Bd. CXXXXIII, S. 348.
H. D. King. The prophylaxis of cerebrospinal meningitis. (Die Prophyphylaxe der Zerebrospinalmeningitis.) Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1912, Bd. LIIX, S. 403.
H. Kleinschmidt. Zur Frage der Wirksamkeit des Diphtherieserums bei Beteiligung des Nervensystems an der Erkrankung. Jahrb. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LXXVI, S. 179.
Felix Klemperer und **Hans Wolta.** Über Behandlungsversuche mit Salvarsan bei Scharlach. Die Therap. d. Gegenw., 1912, Bd. LIII, S. 198.
W. N. Klimenko. Bakteriologische Blutuntersuchungen beim Scharlach. Zentralbl. f. Bakteriol. 1912, Bd. LXV, S. 45.
— Sur le sérum anticoquelucheux et son emploi. (Über ein Keuchhustenantiserum und seine Anwendung.) Arch. des scienc. biol., 1912, Bd. XVII, S. 103.
Carl Kling. Wilhelm Wernstedt und **Alfred Pettersson.** Recherches sur le mode de propagation de la paralysie infantile épidémique (maladie de Heine-Medin). (Untersuchungen über den Übertragungsmodus bei Heine-Medinscher Krankheit.) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. und experiment. Therapie, 1912, Bd. XIV, S. 303.
Max Knebel. Beiträge zur bakteriologischen Diagnose und Statistik der Diphtherie. Dissert., Gießen, 1912.
Erwin Kobrak. Das Sedativum und Hypnotikum Adalin in der Kinderpraxis unter Berücksichtigung seiner Verwendbarkeit bei der Therapie des Keuchhustens. Med. Klin., 1911, Bd. VII, S. 1660.
John A. Kolmer. A study of diphtheria bacilli with special reference to complement-fixation reactions. (Studie über den Diphtheriebazillus mit besonderer Berücksichtigung der Komplementbindungsreaktion.) Journ. of infect. dis., 1912, Bd. XI, S. 44.
— Contribution to bacteriology of diphtheria. (Beitrag zur Bakteriolog. der Diphterie.) Journ. infect. Dis., Juli 1912.
Kotz. Diphtheria. Pennsylvania Med. Journ., Juli 1912.
Wachenheim (New York).
Kurashige, Teje, R. Mayeyama und **G. Yamada.** Über das Vorkommen des Tuberkelbazillus im strömenden Blute des Tuberkulösen II. Mitteilung. Ausscheidung des Tuberkelbazillus in der Milch tuberkulöser Frauen. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1912, Bd. XIIX, S. 433.
W. P. Kusskow. Über die Symptome der frühen Rachitis. Medicynskoje Obosrenije, 1912, Bd. LXXVIII, S. 30.

L. Lagane. Psychoses au cours de la rougeole et d'angines: simples contribution à l'étude des psychoses infectieuses. (Psychosen bei Masern und einfachen Halsentzündungen: ein Beitrag zur Frage der Infektionspsychosen.) Presse méd., 1912, Bd. XX, S. 740.

Lainel-Lavastine. Le traitement des affections respiratoires des enfants, aus stations thermales françaises. La Presse Méd., 1912, S. 225.

Pierre Lambour. Etude sur la médiastinite chronique chez l'enfant. Thèse de Paris, 1911, Nr. 477, S. 148.

Hugo Landmann. Erziehung und Unterweisung des abnormen Kindes. Das Kind, 1911, Bd. II, S. 338.

Landsteiner, Levaditi und **Pastia.** Etude expérimentale de la poliomyélite aigue. Ann. de l'Institut Pasteur, 1911, Bd. XI, S. 805.

L. Lange. Psychoses au cours de la rougeole et d'angines simples contribution à l'étude des psychoses infectieuses. La Presse Méd., 1912, S. 740.

R. Larozière. De la bénignité de la pneumonie fibrineuse à pneumocoques chez les enfants. Thèse de Paris, 1911, Bd. CLXXXVI, S. 68.

William Leede. Bakteriologische Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis bei Diphtherie. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1911, Bd. LXX, S. 104.

Leenhardt, Maillet und **Carrieu.** Quelques complications de la fièvre typhoide chez l'enfant. (Einige Komplikationen des kindlichen Typhus.) Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 385.

Reinhold Ledermann. Die Serumreaktion bei Syphilis in der Säuglingspraxis. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1912, Bd. IX, S. 147.

Pierre Lefranc. Les phases aiguës de la dilatation bronchique chez les enfants. Thèse de Paris, 1911, Nr. 478, S. 82.

Legel. Pädagogische Behandlung der Idiotie und Epilepsie. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, 1911, S. 56.

Mello Leitao. A proposito de un caso de tetania infantil. Arch. Brasileiros do med., April 1912.

Richard Lenzmann. Über die Beeinflussung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektion. Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 687.

Lequeux. Un cas d'épidermolysis diffusa neonatorum. Soc. d'obstét. de Paris, 21. Dezember 1911.

H. Leroux. Désinfection des voitures transportant des contagieux. Bull. de la Soc. de péd., Paris, 1912, S. 237.
R. Weigert (Breslau).

— Note statistique sur 10 années de service à l'Hôpital St. Joseph (rougeole, scarlatine, diphthérie). Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1912, S. 168. R. Weigert (Breslau).

A. Lesage und **M. Cléret.** Sur le craniotabes du nourrisson. Soc. méd. des hôp., Paris, 29. März 1912.

Ch. Lesieur. Un nouveau cas de néphro-typhus: fièvre typhoide à début brusque hématurique. Soc. méd. des hôp.— 27. Jänner 1911.

Lesné et **Françon.** De quelques particularités de l'érysipél du nouveauné. Forme clinique avec signes d'insuffisance surrénale. Bull. de la Soc. de péd. de Paris, 1912, S. 307. R, Weigert.

E. Leuret. Accidents de la première dentition: inhibitions viscérales. Acholie passagère. Gazz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux. 1911, Bd. XXXIII, S. 390.

Levaditi. Jean Pignot und **Leoneano.** Maladie de Heine-Medin. Soc. méd. des hôp., Paris, 5. Juli 1912.

C. Levaditi und **V. Danulesco.** Conditions qui président à la transmission de la poliomyélite. (Bedingungen für die Übertragung der Poliomyelitis.) Cpt. rend. de la Soc. de de biol., 1912, Bd. LXXII, S. 606.

— Conservation du virus de la poliomyelite chez les animaux réfractaires à la maladie. (Verhalten des Poliomyelitisgiftes im Körper von gegen Kinderlähmung refraktären Tieren.) Ann. de Méd. et Chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 252.

L. Levaditi und **V. Danuleseo.** Etude expérimentale du mode de contagion de la poliomyélite. (Experimentelle Untersuchung über die Ansteckungsweise bei Poliomyelitis.) Cpt. rend. de la soc. de biol., 1912, Bd. LXXII, S. 651.

— La pénétrabilité du virus de la poliomyélite à travers la muqueuse nasale et l'action préventive des antiseptiques appliqués localement. (Das Durchwandern des poliomyelitischen Virus durch die Nasenschleimhaut und die Schutzwirkung lokal angewendeter Antiseptika.) Cpt. rend. de la soc. de biol., 1912, Bd. LXXII, S. 252.

— Mode de contagion de la poliomyélite. (Die Ansteckung bei Poliomyelitis.) Cpt. rend. de la soc. de biol., 1912, Bd. LXXII, S. 543.

A. Lévy-Franckel. Pathogénie et anatomie pathologique de l'aortite chronique et de l'athérome infantiles. (Pathogenese und pathologische Anatomie der chronischen Aortitis und des Atheroms bei Kindern.) Arch. d. malad. du coeur, d. vaiss. et du sang, 1912, Bd. V, S. 625.

Louis Lewin. Spektophotographische Untersuchungen des Mekonium. Arch. f. die ges. Physiol. d. Menschen u. d. Tiere, 1912, Bd. CVL, S. 292.

J. Lewy. Osteopsathyrosis idiopathica. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVIII, S. 1875.

R. Ley. Psychose par injection staphylococcique. Persistance du thymus, mort subite. Ann. soc. chir., Januar 1912.

Lignos. Le Kala-azar infantile en Grèce. Soc. de pathol. exotique. Sitzung in Paris am 13. Dezember 1911.

Friedrich Lorentz. Methodische Atemübungen in der Schule und ihr Wert für die Tuberkuloseverhütung. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 793.

W. F. Lorenz und **Mazyck P. Ravenel.** The treatment of diphtheria-carriers by overriding with staphylococcus aureus. (Die Behandlung von Diphtherie-Bazillenträgern durch eine Aufpfropfung von Staphylococcus aureus.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 690.

Lourla. Case of acute dilatation of the stomach complicating pneumonia in a child. (Akute Magenerweiterung in Begleitung von Pneumonie.) Amer. Journ. Obstet., Juli 1912.

A. Lourié. Stoffwechselversuche und Therapie bei der mongoloiden Idiotie. Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger, 1912, Bd. XXXII, S. 94.

Andrew Love. Diphtheric paralysis. The Glasgow med. Journ., Oktober 1911.

Löwenburg. Pneumonia in children. (Pneumonie bei Kindern.) New York Med. Journ., 7. September 1912.

Wachenheim (New York).

Hermann Lübs. Seltener Fall von Herzmißbildung mit besonderer Lagerung der Tricuspidalis. Beiträge zur pathol. Anat. und zur allg. Pathol., 1912, Bd. LII, S. 51.

W. P. Lucas und **E. E. Southhard.** Contributions to the neurology of the child. I. Convulsive tendencies during and after encephalitis in children. (Beiträge zur kindlichen Neurologie. I. Neigung zu Konvulsionen während und nach der kindlichen Encephalitis.) Boston Med. and surg. Journ., 1912, Bd. CLXVI, S. 323.

B. Lühmann. Eine neue Art von Gefäßerkrankung der Leber bei kongenitaler Lues. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, 1912, Bd. XVII, S. 223.

Fritz Lux. Die zurzeit herrschende Diphtherieepidemie. Nach Erfahrungen in Rostock. Med. Klin., 1912, Bd. VIII, S. 307.

Lyle. Latent tuberculosis of infants. (Latente Tuberkulose der Säuglinge.) Lancet-clinic, 7. September 1912.

Wachenheim (New York).

Mackay. Pleurisy in children. (Pleuritis bei Kindern.) Canad. Med. Assoc. Journ., August 1912.

Charles V. Mackay. The value of temperature readings in administration of diphtheria antitoxin and the value of large antitoxin dosages. (Der Wert der Beobachtung der Körpertemperaturen bei Anwendung des Diphtherieheilserums und der Wert großer Antitoxindosen.) Austral. Med. Journ., 1912, Bd. I, S. 549.

Stewart Mackintosh. Arrest of severe epilepsy in a child aged four. (Stillstand einer schweren Epilepsie bei einem 4jährigen Kinde.) Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2677, S. 883.

A. Magnan. Le bacille de la varicelle. I. Congrès international de pathologie comparée. Paris, 17. bis 23. Oktober 1912.

Maillet und **Gueit.** Un cas d'oedème infectieux du nourrisson. Gaz. des hôp., 1911, Bd. LXXXIV, S. 1267.

Paul Manasse. Zur Lehre von der plötzlichen Ertaubung bei Scharlachotitis und zur Kenntnis der serösen Otitis interna. Arch. f. Ohrenheilkunde, 1912, Bd. LXXXIX, S. 146.

L. Marchand und **G. Petit.** État de mal épileptique chez un enfant de cinq jours, mère atteinte d'imbécillité et d'épilepsie, considérations pathogéniques. Gaz. des hôp., 1911, Nr. 90.

Marfan. Influence favorable de la cure d'altitude sur l'eczéma du nourrisson. Bull. méd., 1911, Bd. XXXXIII, S. 477.

Marfan. Sur les troubles de la diadococinésie dans la chorée. Bull. de la soc. de péd., Paris, 1912, S. 194. R. Weigert (Breslau).

W. E. Marshall. Further experimental investigation into Sudan kala-azar. (Weitere experimentelle Erforschung des Sudan-Kala-azar.) Journ. of the roy. army Med. Corps, 1912, Bd. XIX, S. 276.

A. Massaglia. Contributo allo studio delle infezioni da Leishmania infantum. (Beitrag zur Kenntnis der Infektion mit Leishmania infantum.) Pathologica, 1912, Bd. IV, S. 308.

Paul Mathes. Der Infantilismus, die Asthenie und deren Beziehungen zum Nervensystem. Berlin, 1912, (S. Karger.) 6 Mark.

Oskar Mauch. Die Sklerotomie in der Behandlung des infantilen Glaukoms. Dissert., Zürich, 1911.

Moritz Mayer. Postdiphtherisches Erysipel als Äquivalent von Scharlach. Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1912, Bd. XXV, S. 347.

G. Norman Meachon. Case of bromide eruption. Proceedings of the Royal Soc. of Med., Mai 1912.

H. D. Meeker. A case of tubercular peritonitis treated by intra-abdominal use of oxygen. (Ein Fall von tuberkulöser Peritonitis, der durch intraabdominale Anwendung von Sauerstoff behandelt wurde.) Intern. Journ. of surg., 1912, Bd. XXV, S. 247.

P. Menetrier und **P. Brodin.** Méningite à paraméningocoque chez un nourrisson. (Parameningokokkenmeningitis bei einem Säugling) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 777.

E. Méroz und **B. Khalatoff.** Valeur clinique de la cuti-réaction à la tuberculine chez l'enfant. Rev. méd. de la Suisse rom., 20. Oktober 1911.

Méry. Préservation familiale de l'enfant contre la tuberculose (oeuvre Grancher). Soc. de l'internat des hôp. de Paris, 28. März, 1912.

R. Meslay. Insuffisance aortique chez un garçon de 14 ans. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, S. 288. R. Weigert.

A. Posthumus Meyes. Akute Thyreoiditis. Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde, 1912, Bd. IIL, S. 1183.

M. Michael. Rumpell-Leede phenomenon of scarlet fever. (Das Rumpell-Leedesche Scharlachphänomen.) Arch. of Ped., 1912, Bd. XXIX, S. 298.

M. Michalowicz. Eine irrtümliche Annahme bezüglich des Fiebers bei gemästeten tuberkulösen Kindern. Lwowski Tygodnik lek., 1912, Bd. VII, S. 681.

Millian. La nature syphilitique de la chorée de Sydenham. Soc. méd. des hôp., Paris, 30. November 1912.
— Paralysie générale infantile. Soc. méd. des hôp., Paris, 11. Oktober 1912.
D. J. M. Miller On the diagnosis of atypical fever. (Über die Diagnose des atypischen Scharlachs.) Arch. of ped., 1912, Bd. XXIX, S. 289.
J. L. Miller und **J. A. Capps.** Epidemic of sore throat duo to milk. A preliminary note. (Eine Epidemie von Rachenentzündung, durch Milch verbreitet. Vorläufige Mitteilung.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 1111.
Reginald Miller und **Leonard Parsons.** Renal Infantilism. (Renaler Infantilismus.) Brit. journ. of children dis., 1912, Bd. IX, S. 289.
Johann G. Mönckeberg. Herzmißbildungen auf Querschnittbildern. Verhandl. d. Gesellschaft deutscher Naturforscher u. Ärzte, 1912, Bd. II, S. 24.
Montet. Contribution à l'étude des hémorragies méningées chez le nouveau-né. Thèses de Paris, 1911, Nr. 71.
L. Morquio. Icteria por malformation de las vias biliares y estrechez hipertrofica del piloro en un recien nacido. Arch. latino-amer. de Pediatrica, Jänner — Februar 1911.
Mary Elizabeth Morse. A study of the diphtheria group of organism by the biometrical method. (Untersuchung über die Organismen der Diphtheriegruppen auf Grund der statistischen Methode.) Journ. of infect. dis., 1912, Bd. XI, S. 253.
Eduard Müller. Die bulbäre Form der epidemischen Kinderlähmung. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1912, Bd. XXXXIII, S. 351.
I. Nathanson. Ein Fall von halbseitigem chondrodystrophischen Zwergwuchs. Zeitschr. f. Röntgenk., 1912, XIV, S. 315.
R. B. Neß. Series of manifestations of acute rheumatism in a boy, aged ten years. (Verschiedene Manifestationen des akuten Rheumatismus bei einem 10jährigen Knaben.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 65.
Arnold Netter und **René Porak.** L'allergie vaccinale au cours de la scarlatine. (Die vaccinale Allergie im Verlaufe des Scharlachs.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol., 1912, Bd. LXXII, S. 108.
Berthold Netter, Philbert und **René Porak.** Allergie vaccinale dans la rubéole. (Die vakzinale Allergie bei Röteln.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol., 1912, Bd. LXXIII, S. 160.
Fred. Neufeld und **Ludwig Haendel.** Über den Zusammenhang von Heilwert und Antitoxingehalt des Diphtherieserums. Arb. des Gesundheitsamtes, 1911, Bd. XXXIIX, S. 219.
Nicloux und **Balthazar.** Un cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone avec dosage de l'oxyde de carbone dans le sang de la mère et de l'enfant. Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris, 9. Dezember 1912.
Nicod. Traitement de la paralysie infantile par les transplantations tendineuses. Soc. méd. de la Suisse romande. Sitzung am 19. Oktober 1911.
Matthias Nicoll und **Anna W. Williams.** Inclusion bodies in the blood of scarlet fever as a means of differential diagnosis. (Leukocyteneinschlüsse beim Scharlach als Hilfsmittel zur Differentialdiagnose.) Arch. of ped., 1912, Bd. XXIX, S. 350.
J. Nicollas und **H. Moutot.** Sclérodermie en plaques forme mixte: lardacée et tubéreuse Traitement thyroidien: amélioration rapide. La Pédiatrie prat., 1912, Bd. XI, S. 195.
Ch. Nicolle und **E. Conseil.** Reproduction expérimentale de la rougeole chez le Bonnet chinois. Académie des sciences. Sitzung in Paris am 26. Dezember 1911.
Antenore Nizzoli. Di un caso di astasia isterica. Gazz. degli osp. e delle clin., 18. Juni 1912.

Nobécourt und **Darré.** L'urée du liquide céphalo-rachidien dans les néphrites de l'enfance. (Der Harnstoff des Liquors bei der Nephritis des Kindesalters.) Bull. et mem. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 16.

Nobécourt und **Sevestre.** Méningite cérébrospinale à début anormal et à évolution prolongée chez un nourrisson. La Pédiatritrie prat., 1912, Februar.

Nobécourt und **Léon Tixier.** Traitement de l'hémophilie congénitale et du purpura par les injections de peptone de Witte. Pathol. infant., 1911, Nr. 2.

Heinrich Nodop. Über hereditären Nystagmus. Dissert., Leipzig, 1912.

C. T. Noegerath. Das Stillverbot bei Tuberkulose und Tuberkuloseverdacht. (Habilitationsschrift, Berlin.) Wiesbaden, 1911, J. F. Bergmann.

Nun. Une nouvelle méthode d'insufflation dans la mort apparente du nouveau-né. Thèse de Lyon, 1912, Nr. 97.

Aceste Ollari. Contributo allo studio della atonia muscolare congenita. La Pediatrica, April, 1911.

F. Olivier. Le traitement chirurgical de l'hypertrophie du thymus. Arch. génér. de chir., 1912, Nr. 2.

Hans Oloff. Ein Fall von persistierender Akkommodationslähmung nach Diphtherie. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1912, Bd. XIII, S. 551.

D'Oelsnitz. Les hypertrophies thymiques latentes et les petits signes de l'hypertrophie du thymus. La Pédiatrie prat., 1912, Februar.

Stanislaus Ostrowski. Die Morphologie des Blutes bei Rachitis. Folia haematologica, Leipzig, 1912.

Hermann Ernst Pagenstecher. Experimentelle Studien über die Entstehung von angeborenen Staren und Mißbildungen bei Säugetieren. Arch. f. vergl. Ophthalmie, 1912, Bd. II, S. 424.

Pagliano und **de Luna.** Cirrhose de Hanot chez un enfant; infantilisme consécutif. (Hanotsche Cirrhose mit sekundärem Infantilismus beim Kinde.) Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 205.

L. Panisset. La tuberculose et le lait. VII. Congrès international de la tuberculose, 14. bis 20. April 1912.

Edwards A. Park und **W. C. Mc. Guire.** A criticism of two percussion methods for the diagnosis of the enlarged thymus. (Kritik zweier Perkussionsmethoden für die Diagnose der vergrößerten Thymus.) Arch. of intern med., 1912, Bd. X, S. 214.

Leonard Parsons. The pathology and epidemiology of polioencephalomyelitis. (Die Pathologie und Epidemiologie der Polioencephalomyelitis.) Birmingham med. review., 1912, Bd. XX, S. 69.

W. E. Paul. Freuds psychology as applied to children. (Freuds Psychologie in ihrer Anwendung auf das Kindesalter.) Boston med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVI, S. 526.

Francis W. Peabody, George Draper und **A. R. Dochez.** A clinical study of acute Poliomyelitis. (Eine klinische Studie über akute Poliomyelitis.) Monographs of the Rockefeller inst. for med. research, 1912, Bd. IV.

G. H. Pearson. A case of meningitis in which the bacillus coli communis was obtained from the cerebro-spinal fluid. (Ein Fall von Meningitis mit Kolibazillenbefund in der Zerebrospinalflüssigkeit.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 722.

Péhu. L'intradermo-réaction à la tuberculine chez le nourrisson. La Province méd., 1911, Bd. XXXV, S. 352.

Peretz. Considérations sur les causes et la fréquence de la cécité chez les enfants égyptiens au Caire. Presse méd. d'Egypte, 15. September 1911.

E. Périer. Séméiologie de la céphalalgie chez les enfants. Pathol. infant., 1912, Nr. 3.

Traitement des terreurs nocturnes. (Behandl. des Pavor nocturnus.) Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 223.

Perrin. La vulvo-vaginite chez les petites filles. Rev. méd. de la Suisse Romande, November 1911.
Francesco Peruzzi. La spasmophilie dans l'enfance. La Pédiatrie prat., 1912, Mai.
Ch. A. Pettavel. Über eigentümlich herdförmige Degenerationen der Thyreoideaepithelien bei Purpura eines Neonatus. Virchows Arch., 1912, Bd. CCVI.
Karl Petrén. Kurze Bemerkungen zur Akromegaliefrage. Virchows Arch., 1912, Bd. CCVII, S. 82.
Pförringer. Beitrag zu den selteneren Formen des Infantilismus. Zeitschr. f. Schwachsinn, 1912, Bd. V, S. 318.
G. Piguero. Convulsions épileptiques et végétations adenoides. Arch. de méd. des enfant., Bd. XV, S. 9.
M. Piraja da Silva. La leishmaniose cutanée à Bahia. (Die Haut-Leishmaniose in Bahia.) Arch. de parasitol., 1912, Bd. XV, S. 401.
Pironneau. La broncho-pneumonie du premier age. La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 609.
Clemens von Pirquet. Über Tuberkulose des Kindesalters. Breslauer Jahresb. d. Gesellsch. f. vaterl. Kultur, 1911, Bd. LXXXIX, S. 19.
Place. Bacteriological diagnosis, intubation, and antitoxine treatment of diphtheria. (Bakteriodiagnostik, Intubation und Serotherapie bei Diphtherie.) Boston Med. u. Surg. Journ., 19. September 1912. Wachenheim (New York).
Plumier. La défaillance du coeur. Scalpel, 21. Juli 1912.
— Un cas d'albuminurie orthostatique essentielle. Scalpel, 31. Dezemzember 1911.
Rudolf Pollak. Das Kind im tuberkulösen Milieu. Beitr. Tuberkulose, 1911, Bd. XIX, S. 469.
— Über Säuglingstuberkulose. Beitr. Tuberkulose, 1911, Bd. XIX, S. 373.
Luigi Pollini. Sulla presenza e distribuzione di polvere de carbone nei polmoni de bambini. (Über den Befund und die Verteilung von Kohlenpulver in den Lungen der Kinder.) Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 129.
F. J. Poynton. Observations upon nervous manifestations in the rheumatism of Childhood. The Brit. Journ. of Child. Dis., Februar 1912.
E. Pribram. Über Schutzimpfung und Therapie der Variola vera. Das österr. Sanitätswesen, 1912, Bd. XXIV, S. 273.
Gregor Proschkin. Untersuchung eines Falles von sporadischer akuter Poliomyelitis. Beiträge zur pathol. Anat. und zur allgem. Pathol., 1912, Bd. LIII, S. 38.
Pujol. Des dangers du menthol chez les enfants. Toulouse méd., 1911, Nr. 13.
G. Pulvirenti. La leishmaniosi cutanea osservata nelle Provincie di Catania e di Caltanisetta. (Die Hautleishmaniosis in den Provinzen Catania und Caltanisetta.) Gazz. internaz. di med., chir., igiene, 1912, S. 913.
W. Raabe. Über die Durchführung einer milchlosen Kost bei Spasmophilie (Krampfbereitschaft). Therap. Monatsh., 1912, Bd. XXVI, S. 338.
Raffaelli. Un caso di anemia splenica infantile curato coi raggi X. (Ein Fall von infantiler Anaemia splenica, mit Röntgenstrahlen behandelt.) Gazz. degli osped. e delle clin., 1912, Bd. XXXIII, S. 977.
Raillet. Laryngospasme consécutif à une instillation intra-nasale d'huile résorcinée chez un garçon de quatre mois. Pathol. infant., 1912, Nr. 3.
Rabinowitsch. Tuberculous meningitis. New York Med. Journ., 10. August 1912.
Rappin. Diphtérie humaine et aviaire. 1. Congrès international de pathologie comparée. Paris, 17. bis 23. Oktober 1912.
Venetian Ratner. Das Elektrokardiogramm bei angeborenen Herzfehlern. Dissert., Berlin, 1912.

Arrigo Ravenna. Sulla questione della tolleranza del bambino per la morfina. (Zur Frage der Morphintoleranz des Kindes.) Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 371.

Maurice Raynaud und **Max Coudray.** Spondylite typhique. Nouveau cas observé chez l'enfant. (Neuer Fall von Spondylitis typhosa beim Kinde.) Prov. méd. 1912, Bd. XXV, S. 325.

Stefano Rebaudi. Die Aortitis bei kongenital-syphilitischen Kindern. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1912, Bd, XXXV, S. 681.

Emil Reiss und **Paul Jungmann.** Die Behandlung schwerer Scharlachfälle mit Rekonvaleszentenserum. Deutsches Acrh. f. klin. Med., 1912, Bd. CVI, S. 70.

Jules Renault und **P. P. Lévy.** Étude clinique et expérimentale d'un cas mortel de paralysie diphtérique isolée du pneumogastrique. Soc. méd. des hôp., Paris, 20. Dezember 1912.

— — Pyopneumothorax en bruit de glou glou pleural. La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 715.

R. Rendu. Nouveau traitement de la diphtérie par les inhalations d'air chaud. Congrès pour l'avancement des sciences. Nimes, 1. bis 6. August 1912.

L. Revillet. La myxoedème endémique dans les alpes dauphinoises. Ses causes expliquées par sa disposition, son traitement prophylactique et curatif. La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 713.

— La tuberculose infantile à la campagne et son origine intestinale. I. Congrès international de pathologie comparée. Paris, 17. bis 23. Oktober 1912.

Rhein. Tuberculous meningitis. Journ. Amer. Med. Assoc., 20. Juli 1912. Pathologischer Bericht über 9 Fälle.

Ribadeau-Dumas. Hypertrophie du thymus et radiothérapie. Soc. méd. des hôp., Paris, 29. März 1912.

— und **Harvier.** Du rôle des dégénérescences des capsules surrénales et des parenchymes glandulaires dans certains syndromes terminaux des infections graves. Soc. méd. des hôp., Paris, 12. Januar 1912.

Hugo Ribbert. Die Entwicklungsstörung der Thymusdrüse bei kongenitaler Lues. Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol., 1912, Bd. XI, S. 209.

G. Riehl. Über Mikrosporie in Wien. Wiener med. Wochenschr., 1912, Bd. LXII, S. 1477.

Hans Rietschel. Die „Vererbung der Syphilis". Kritisches Übersichtsreferat. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. III, S. 577.

E. Rist. La localisation initiale de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant et chez l'adulte. (Die initiale Lokalisation der Lungentuberkulose beim Kind und beim Erwachsenen.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp., de Paris 1912, Bd. XXIIX, S. 965.

Ch. Robert. Les érythèmes scarlatiniformes observés à la suite des injections de sérum antidiphtérique. Thèse, Paris, 1911, 81 Seiten.

J. D. Robleston. Inherited syphilis and blue sclerotics. Brit. Journ. of Child. Dis., März 1911.

Roeaz. Eczéma des nourrissons et opothérapie thyroidienne. Gaz. hebdomadaire des scienc. méd. de Bordeaux, 1911, Juni.

— Traitement de la chorée par les injections intrarachidiennes de sulfate de magnésie. Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux. 1911, Bd. XXXV, S. 35.

H. L. Rocher. Nécrose mercurielle des maxillaires chez une fillette de cinq ans. Journ. des praticiens, 1912, Bd. XV, S. 231.

C. S. Rockhill. Jodin in small-pox. (Jodtinktur in der Behandlung der Variola.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1912, Bd. LIIX, S. 273.

Carle Roederer. Présentation d'un cas de scoliose pleurétique grave. Bull. de la soc. de péd. de Paris. 1912, S. 181.

R. Weigert (Breslau).

J. D. Rolleston u. N. S. Macnaughtan. Familial von Recklinghausen's Disease. Rev. of Neurol. and Psych., Januar 1912.

Rollier. L'héliothérapie de la tuberculose externe à l'altitude; résultats contrôlés par les rayons X. Statistique de 650 cas. VII. Congrès international de la tuberculose. Rom, 14. bis 20. April 1912.

Esther Rosenerantz. Réaction de Bordet-Gengou dans la tuberculose chez les nouveau-nés. Soc. de Biol., 22. Juli 1911.

Rouêche. Traitement de la prophylaxie de la scarlatine. (Behandlung und Prophylaxe des Scharlachs.) La méd. infant., 1912, Bd. XV, S. 73.

Rousseau-Saint-Philippe. Les dangers méconnus de la coqueluche. Coqueluche et tuberculose. (Die verkannten Gefahren des Keuchhustens. Keuchhusten und Tuberkulose.) La méd. infant., 1912, Bd. LXVI, S. 54.

Rousselot. Pneumonie abortive chez l'enfant avec une éruption simulant au début les taches lenticulaires de la fièvre typhoide. La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 489.

Karl von Ruck. A practical method of prophylactic immunization against tuberculosis with reference to its application in children. (Eine praktische Methode der prophylaktischen Immunisierung gegen Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendung bei Kindern.) Report from the von Ruck research labor. for tuberculosis. Nr. 1, Juni 1912.

P. Rudaux. De la mort apparente du nouveau-né. La clin., 1911, Nr. 35.

Th. Rumianzow. Zur Frage der Scharlachnephritis. Russki Wratsch, Bd. XI, S. 503, 549, 588, 657, 688.

C. Rundle und **A. H. G. Burton.** The „bed isolation" of cases of infectious disease. (Die Bettisolierung bei infektiösen Erkrankungen.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 720.

Sanders. Scarlet fever. (Scharlachfieber.) Kentucky Med. Journ., 15. Juli 1912.

Sänger. Hemiatrophia faciei. Ärztl. Verein in Hamburg, 16. Jänner 1912.

Alfred Saenger. Über Forme fruste des Myxödems. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1912, Bd. XXXXIII, S. 392.

E. W. Saunders. W. Johnson, T. W. White und **J. Zahorsky.** Pertussis vaccine as a curative and prophylactic agent. (Pertussisvakzine als Heil- und Vorbeugungsmittel.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 161.

Leo Schaps. Ein bemerkenswerter Fall von tuberkulöser Meningitis im Säuglingsalter. Zentralbl. f. Kinderheilk., 1911, Bd. XVI, S. 407.

Luigi Schiboni. Su le nefriti acute scarlattinose interstiziali linfocitarie. (Über die akute, interstitielle, lymphozytäre Scharlachnephritis.) Riv. ospodaliera, 1912, Bd. II, S. 822.

B. Schick. Über die Behandlung des Scharlachs mit Moserserum. Therap. Monatsh., 1912, Bd. XXVI, S. 258.

Vera Schmarine. De la néphrite pneumococcique chez l'enfant. Thèse de Paris, 1911, Nr. 394, S. 102.

W. Scholtz. Die Behandlung des Ekzems. Zeitschr. f. ärztl. Fortb., 1912, Bd. IX, S. 65.

Georges Schreiber. La période d'invasion de la poliomyélite épidémique (maladie de Heine-Medin). (Die Initialperiode der epidemischen Kinderlähmung.) Rev. franç. de méd. et chir., 1912, Bd. IX, S. 3.

Richard Seefelder. Über den anatomischen Befund in einem Falle von Membrana pupillaris persistens corneae adhärens und angeborener Hornhauttrübung. Arch. f. Augenheilk., 1911, Bd. LXIX, S. 164.

Seippel. Venereal diseases in children. (Venerische Krankheiten bei Kindern.) Illinois Med. Journ., Juli 1912.

Senevet. Leishmaniose canine à Alger. Soc. de pathol. exotique, Paris, 14. Februar 1912.

Sergent. Rôle des chiens et des chats dans la transmission de la Leishmaniose infantile. Soc. de pathol. exotique, Paris, 14. Februar 1912.

J. Sevestre. Le sang et les organes hématopoiétiques dans la syphilis héréditaires des enfants du premier âge. Thèse, Paris, 1912, Verl. v. G. Steinheil.

C. A. Simpson. Infantile eczema. (Kinderekzem.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIIX, S. 995.

C. A. Simpson. Infantile eczema. (Kinderekzem.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIIX, S. 995.

L. Sivori und **G. Costantini.** L'immunizzazione per via gastrica a scopo profilattico nella difterite. (Immunisierung auf gastrischem Wege zu prophylaktischen Zwecken bei der Diphtherie.) Arch. di farm. sperim. e scienze aff., 1912, Bd. XI, S. 259.

A. L. Skoog. Pathologic study of a case of acute poliomyelitis. (Pathologische Untersuchung eines Falles von akuter Poliomyelitis.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1180.

A. Skutetzky. Die Arzneibehandlung der akuten Infektionskrankheiten. Prager med. Wochenschr., 1912, Bd. XI, S. 127.

S. A. Smith. A case of status epilepticus with an unusually large number of convulsions. (Ein Fall von Status epilepticus mit einer ungewöhnlich großen Zahl von Anfällen.) Journ. of the Amer. Assoc., 1912, Bd. LIIX, S. 857.

Irving M. Snow. Oppenheims myatonia. Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIIX, S. 745.

A. Sophian. An analytical study of twenty cases of infantile paralysis (poliomyelitis). (Eine analytische Studie von zwanzig Fällen von Kinderlähmung.) Arch. of Ped., 1912, Bd. XXIX, S. 165.

Soucek. Masernrezidiv, Keuchhustenrezidiv und Parotitis mit Meningitissymptomen. Kasuistisches. Wiener med. Wochenschr., 1912, S. 1082. Lehndorf (Wien).

Souques. Achondroplasie familiale. Soc. de neurol., Paris, 11. Juli 1912.

— Infantilisme d'origine hypophysaire. Acd. de méd., Paris, 16. Jänner 1912.

— Origine de l'infantilisme. (Ursprung des Infantilismus.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp.de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 135.

Splendore. Leishamoniose avec localisation au niveau des muqueuses. Soc. de pathol. exot., Paris, 12. Juni 1912.

O. Sprinz. Die Lebensaussichten der kongenital-luetischen Kinder. Dermatol. Wochenschr., 1912, Bd. LIV, S. 368, 402, 428.

Felix Starke. Über Poliomyelitis anterior chronica. Dissert., Greifswald, 1912.

Karl Steffenhagen. Untersuchungen über Säuglingstukerbulose. Tub. Arb. Gesundheitsamt, Berlin, 1912, Heft 11, S. 52.

R. Stein. Epidemic poliomyelitis: a clinical study of the acute stage. (Epidemische Poliomyelitis: eine kleine Studie über das akute Stadium.) Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1912, Bd. CXXXXIII, S. 557.

Stern. Die Atmung der Taubstummen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laringo-Rhin., 1912, Bd. XXXXVI, S. 257.

D. Stewart. Pulmonary as a sequel of diphtheria. (Lungenembolie im Gefolge von Diphtherie.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 866.

Otto Stiner. Ergebnisse der Serumdiagnostik bei kongenitaler Lues. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 595.

Stirnimann. Die Anorexie des Kindes. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 369.

Stodel. Traitement de la fièvre aphteuse par l'électrargol. I. Congrès international de pathologie comparée, Paris, 17. bis 23. Oktober 1912.

Stoffel. Nouvelle opération pour le traitement des paralysies spastiques. La Presse méd., 1912, Bd. XX, S. 257.

M. Straub. An ophthalmological contribution to the doctrine of scrofulosis. (Ein ophthalmologischer Beitrag zur Lehre von der Skrofulose.) Ophthalmoscope, 1912, Bd. X, S. 618.

Sturtevant. Care of scarlet fever patients. (Pflege von Scharlachfieberpatienten.) Journ. Amer. Med. Assoc., 24. August 1912.

Takehiko Tanaka. Über die Veränderungen der Herzmuskulatur, vor allem des Atrioventrikularbündels bei Diphtherie; zugleich ein Beitrag zur Frage der Selbständigkeit des Bündels. Virchows Arch., 1912, Bd. CCVII, S. 115.

— Über Knochenmarkgewebsentwicklung im Nierenhilusbindegewebe bei Anaemia splenica. (Anaemia pseudoleucaemica infantum.) Beiträge zur Kenntnis dieser Krankheit. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol., 1912, Bd. LIII, S. 338.

R. A. Tange und **M. H. J. Groenendyk.** Een klinisch geval van osteogenesis imperfecta. (Ein klinischer Fall von Osteogenesis imperfecta.) Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde, 1912, Bd. II, S. 310.

Terrien. Conjonctivite purulente du nouveau-né. La Pédiatrie prat., 1911, Nr. 35.

Thomas. Fièvre de cause obscure chez l'enfant. Rev. méd. de la Suisse rom., 20. Juni 1911.

Frederic Tomson. The differential diagnostis of certain infectious diseases. (Die Differentialdiagnose gewisser Infektionskrankheiten.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 566.

Oluf Thomsen. Experimentelle Untersuchungen über die Poliomyelitis. Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 1912, Bd. XIV, S. 198.

Tièche. Zur Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica der kleinen Mädchen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 159.

Max Tièche. Über die Verwendbarkeit der vakzinalen Allergie (Frühreaktion von Pirquet) als diagnostisches Hilfsmittel bei Verdacht auf Variola. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XLII, S. 626.

Henri Tissier. L'appareil digestif dans la scarlatine. Thèse de Paris, 1911, Bd. CLIV, S. 84.

Tixier. Diagnostic de la tuberculose du nourrisson. La Pédiatrie prat., 1911, Juni.

L. Tixier und **J. Troisier.** La surrénalite et la pancréatite scarlatineuses. (Nebennieren- und Pankreasentzündung bei Scharlach.) Arch. de méd. des enfants, 1912, Bd. XV, S. 321.

Touche. Hémiplégie infantile sans athétose. Atrophie de l'écorce limitée à la moitié supérieure du lobe frontal. (Infantile Hemiplegie ohne Athetose. Rindenathropie beschränkt auf die obere Hälfte des Frontallappens.) Rev. neurol., 1912, Bd. XX, S. 223.

W. H. Trethowan. Acute anterior poliomyelitis: An account of recent important experimental and epidemiological investigations in Sweden. (Poliomyelitis anterior acuta. Ein Bericht über neuere, wichtige experimentelle und epidemiologische Untersuchungen in Schweden.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 938.

Triboulet, Debré und **Paraf.** Méningococcie avec purpura. Soc. méd. des hôp., Paris, 15. November 1912.

J. Turner. Two cases of amaurotic idiocy or Tay-Sachs' disease. (Zwei Fälle von amaurotischer Idiotie oder Tay-Sachsscher Krankheit.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX. S. 193.

Walther Uhlmann. Pneumokokkenerkrankungen der Knochen und Gelenke im Kindesalter. Dissert., Heidelberg, 1912.

Friedrich Umber. Scharlachartige Serumexantheme und ihre Unterscheidung vom echten Scharlach durch die Ehrlichsche Amidobenzaldehydreaktion im Harn. Med. Klin., 1912, Bd. VIII. S. 322.

L. Unger. Beiträge zur Pathologie und Klinik der Neugeborenen. Wien. med. Wochenschr., 1912, Bd. LXII, S. 1181.

E. Ungermann. Untersuchungen über die tuberkulöse Infektion der Lymphdrüsen im Kindesalter. Ein Beitrag zur Frage der Infektionswege und der Bedeutung der Bazillentypen für die Pathologie des Menschen. Tub. Arb. Gesundheitsamt, Berlin, 1912, Heft 12, S. 109.

S. Unterberger. Die Bedeutung der lymphatischen Konstitution für den Verlauf der Krankheiten. St. Petersburger med. Zeitschr., 1912, Bd. XXXVII, S. 224.

Alexandre Vacher. Deux cas de mort subite par hypertrophie du thymus chez deux jeunes enfants hérédo-syphilitiques. Thèse de Paris, 1911, Bd. CIIL, S. 62.

Vallois. Hémorragies graves chez un nouveau-né. Réunion obstétr. et gynécol. de Montpellier, 16. April 1912.

Variot. L'examen des nourrisson. Journ. des praticiens, 1911, Bd. IL, S. 787.

— Sur la maladie de Raynaud. Gaz. des hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 257.

G. Variot und **F. Caillíau.** Recherches sur le processus de vacuolisation des fibres musculaires du coeur, dans le cours de l'atrophie et de l'hypertrophie infantiles. (Untersuchungen über den Vakuolisationsvorgang der Muskelfasern des Herzens im Verlaufe der Atrophie und Hypotrophie der Kinder.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 781.

— — Vacuolisation des fibres musculaires du coeur chez les enfants atrophiques et hypotrophiques. Bull. et mém. soc. méd. hôp., 7. Juni 1912.

— und **H. Rousselot.** Lésions constatées à l'autopsie d'un enfant ayant présenté pendant la vie un bruit de glouglou pleural. La clin. infantile, 1912, Bd. X, S. 713.

Venable. Important etiologic factors in gastro-intestinal diseases of children. (Ätiologische Momente bei den Magendarmkrankheiten der Kinder.) Kentucky Med. Journ., 1. August 1912.

E. Verdoux. L'angine diphthérique maligne. Thèse, Paris, 1912, 98 Seit.

Vignard und **Thevenot.** La tuberculose rénale, chez l'enfant. Journ. d'urol. méd. et chir., 1912, Nr. 3.

Karl Vignolo-Lutati. Beitrag zum Studium der Beziehungen der Raynaudschen Krankheit zur hereditären Syphilis. Dermatol. Zentralbl., 1912, Bd. XV, S. 195.

Beth Vincent. Blood transfusion for hemorrhagic disease of the newborn: the use of the external jugular vein in infants. (Bluttransfusion bei hämorrhagischer Diathese der Neugeborenen: Verwendung der Vene jugularis externa der Säuglinge.) Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVI, S. 627.

Roger Voisin. Ponction lombaire et traitement des méningites. Pathol. infant., 1911, Nr. 10.

Voron. De la survie des enfants d'accouchées atteintes de tuberculose pulmonaire. Réun. obstétr. de Lyon, 18. Jänner 1911.

Warthin, Alfred Scott und **E. J. Snyder.** Localization of spirochaeta pallida in the heart-muscle in congenital syphilis in the absence of histologic lesions or spirochetes elsewhere in the body. (Lokalisation der Spirochaeta pallida im Herzmuskel bei kongenitaler Syphilis, bei Fehlen jeglicher histologischer Veränderungen oder Spirochäten in anderen Organen des Körpers.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 689.

George Watson. On the causation of parenchymatous nephritis. (Über die Ätiologie der parenchymatösen Nephritis.) Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2676, S. 823.

W. H. Watters. Streptococcus vaccines in scarlet fever prophylaxis. (Streptokokkenvakzine in der Scharlachprophylaxe.) Journ. of Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIIX, S. 546.

P. Weber. Diabetes insipidus in a boy with positive Wassermanns reaction; remarks on polyuria in children and infantilism. (Diabetes insipidus bei einem Knaben mit positiver Wassermannscher Reaktion; Bemerkungen über Polyurie bei Kindern und Infantilismus.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 211.

Weekers. Etiologie de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés; indications pratiques pour son traitement. Scapel et Liège méd., März 1912.

Albert Weill. Radiographies d'achondroplastiques. Soc. de radiol. méd. Paris, 9. April 1912.

Edmond Weill. Le laryngospasme au cours de la bronchopneumonie chez les enfants. Rev. de Méd., 1911, Oktober, S. 865.

Albert Weill. Radiographies d'achondroplastiques. Soc. de radiol. méd. Paris, 9. April 1912.

Weill und **Gardère.** Augmentation de l'expansion sous-claviculaire dans les épanchements pleuraux chez l'enfant. (Zunahme der infraklavikulären Ausdehnung bei Pleuraergüssen im Kindesalter.) Lyon méd, 1912, Bd. CXIIX, S. 945.

Weill-Hallé (Paris). Présentation d'un enfant atteint de scléréme en plaques. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, S. 250.

R. Weigert (Breslau)

Kurt Weinmann. Serologische Untersuchungen über das Verschwinden der kutanen Tuberkulinreaktion während der Masern. Dissert., Heidelberg, 1912.

Gustav Adolf Weiß. Diagnostik und Ätiologie angeborener Pulmonalstenosen an der Hand eines Falles. Dissert., München, 1911.

Widal, Brodin, Levaditi und **Leoneano.** Un cas de poliomyélite aigue mortelle. Soc. méd. des hôp., Paris, 5. Juli 1912.

H. v. Willebrand. Om behandlingen af cirkulationsrubbningar vid Difteri med pituitrin. (Die Behandlung von Zirkulationsstörungen bei Diphtherie mit Pituitrin.) Finska läkaresällskapets handlinger, 1912, Bd. LIV, S. 776.

Louis L. Williams. Salvarsan and measles: a clinical note. (Salvarsan und Masern; eine klinische Notiz.) Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVI, S. 738.

S. J. Wilson. A case of Henochs purpura treated with human blood serum; recovery. (Ein Fall von Purpura Henoch mit menschlichem Blutserum erfolgreich behandelt.) Med. record., 1912, Bd. LXXXII, S. 249.

Albert Wittmer. Ein weiterer Fall von angeborener Hornhauttrübung. Dissert., Straßburg, 1912.

Fsitz Wolf. Die multiple Sklerose im Kindesalter. Dissert., Bonn, 1912, (Louis Heuser, Neuwied).

Louis Wolffberg. Sehschärfe und Formensinn. Einfachste und genaueste Sehschärfeproben für die Kinder und Analphabeten. Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Auges, 1912, Bd. XV, S. 101.

A. Jeffreys Wood. Diseases of Children. Austral. Med. Gaz., 1912, Bd. XXXI, S. 1.

Malka Zetlin. Über Nierenschrumpfung im Kindesalter. Inaug.-Dissert., Zürich, 1912. (Gebr. Leemann & Co.)

Shin-izi Ziba. Über degenerative Labyrinthatrophie im Säuglinsgalter. Arch. f. Ohrenheilk., 1911, Bd. LXXXVII, S. 17.

A. Zuber und **P. Armand Delille.** Résultats éloignés de la cure maritime dans la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfant. VII. Congrès international de la tuberculose. Rom, 14. bis 20. April 1912.

Infections paratyphiques dans l'enfance. Arch. de méd. des enfants, 1912, Bd. XV, S. 771.

La dermato-myosite chez les enfants. Arch. de méd. des enfants, 1912, Bd. XV, S. 932.

La médiastinite chronique chez les enfants. Arch. de méd. de enfants, 1912, Bd. XV, S. 52.

La mortalité par coqueluche en 1911 à l'hospice des Enfants-Assistés. La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 79.

Les délires chez les enfants. Revue générale. Arch. de méd. des enfants, 1912, Bd. XV, S. 128.

Chirurgie und angeborene Mißbildungen.

Abrand. Sténose du larynx chez un jeune garçon. Intervention sous laryngoscopie directe. Guérison. Bull. de la Soc. péd., Paris, 1912. S. 183. R. Weigert.

Mamerto Acuna. A proposito de un caso de abceso hepatico en la primera infancia. Arch. latino-americanos de pediatrica. Mai — Juni 1911.

Hugo Alexander. Über Beckensarkome im Kindesalter. Dissert., München, 1912.

Cäsar Amsler. Eigentümliche Nekrosen in der Leber und in der Rinde der Nebennieren eines nicht ganz ausgetragenen, neugeborenen Kindes. Zentralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat., 1912, Bd. XXIII, S. 817.

N. N. Anitschow. Studien über Nierengefäße bei angeborener Nierendystopie. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. klin. Med., 1912, Bd. CCVII, S. 213.

Georg Axhausen. Ein Fall von kongenitalem behaartem Rachenpolypen Veröff. Hufeland Ges., 1912.

L. C. Baillieul. Déformation du membre inférieur consécutive à une ostéite de l'extrémité supérieure du tibia. Rev. d'Orthopédie, 1912, Bd. I, S. 74.

La tuberculose des petits os longs de la main et du pied chez l'enfant. Thèse de Puris, 1911, S. 298.

Pierre Baudet. La hernie étranglée chez le nourrisson. Arch. méd. de Toulouse, 1911, Nr. 18.

Baumel. Lupus de la face chez un nourrisson. La Pédiatrie prat., 1911, Nr. 29.

Walter Benthin. Intrakranielle Blutungen infolge Tentoriumzerreißung als Todesursache bei Neugeborenen und Säuglingen. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.— 1912, Bd. XXXVI, S. 308.

Georg Berg. Abnorm großer Zystinstein beim Kinde. Zeitschr. f. Urol., 1912, Bd. VI, S. 478.

Rudolf Bergmeister. Ein Fall von beiderseitiger kongenitaler Katarakt bei angeborener Schädelanomalie. Beitr. z. Augenheilk., 1912, Bd. LXXIX, S. 5.

Bonnaire und **Durante.** Micromèle atteint de dysplasie périostale. Soc. anat., Paris, 30. November 1912.

Boot. Tonsillectomy in children. (Tonsillektomie bei Kindern.) Illinois Med. Journ., September 1912. Wachenheim (New York).

Yves Bourchi. La hernie inguinale étranglée chez le nourrisson. Thèse, Paris, 1912, 91 Seiten.

— Signes, diagnostic et évolution de la hernie inguinale étranglée chez le nourrisson. Le méd. praticien, 1912, Nr. 22.

Fritz Brandenberg. Das postoperative Längenwachstum osteotomierter rachitischer Knochen. Zentralbl. f. chir. u. mech. Orthop., 1912, VI. Bd. S. 56.

Brau-Taple. Varices congénitales du membre inférieur gauche chez un enfant, avec angiome. Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, Bd. XV, S. 235.

A. Brueh. Notes sur la tache bleue sacrée dite mongolique. (Arch. de Méd. des enfants, Bd. XX, H. 6.

Nichts Wesentliches; vorwiegend referierende Arbeit.
Thorspechen (Bremen).

Vittorio Brun. Un caso di sarcoma fuso-cellulare dell' intestino tenue in un bambino. (Spindelzellensarkom des Dünndarmes beim Kinde.) Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 465.

R. Brunon. Appendicite chronique ou tuberculose. (Chronische Appendizitis oder Tuberkulose.) Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 368.

Jacques Calvé und **L. Lamy.** Un nouveau traitement de la scoliose. Soc. de l'internat des hôp. de Paris, 28. November 1912.

Hector Charles Cameron. Pneumococcal peritonitis in children. (Pneumokokkenperitonitis im Kindesalter.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 258.

Corrado Canestro. Entzündung der Highmorshöhle bei Neugeborenen. Klinische und topographisch-anatomische Studie. Arch. f. Laryngol., 1911, Bd. XXV, S. 492.

F. Carles. Sur un cas de tumeurs calcaires de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, avec infiltration calcaire diffuse des aponévroses ayant entraîné une raideur articulaire progressive généralisée chez un enfant de six ans. Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, Bd. X, S. 151.

E. Cassaet. Un homme à l'envers. (Ein Fall von Situs inversus.) La clin., 1912, Bd VII, S. 545.

Hermann Cassel. Die kongenitale Femurmißbidung. Zeitschr. f. orthopäd. Chir., 1911, Bd. XXIX, S. 129.

Chalochet. Un cas de thymectomie chez un enfant de 2 mois. Soc. de chir., Paris, 24. April 1912.

Charrier. Un cas d'absence complète du vagin. Hèmatométrie. Intervention. Guérison. Journ. de méd. de Bordeaux, 1911, Bd. XXXVII, S. 581.

Chaton. Un cas de mégacolon congénital. La Pédiatrie prat., 1911, Nr. 32.

M. Chauffard. Cholélithiase pigmentaire dans un cas d'ictère congénital hémolytique: analyse chimique des calculs. Soc. méd. des hôp., Paris, 12. Juli 1912.

J. C. Chevrier. Contribution à l'étude anatomique et clinique des anomalies vertébrales congénitales. Thèse de Paris, 1912.

V. Chlumsky. Ein neuer Beitrag zur Ätiologie der Skoliose. Zentralbl. f. Chir., 1912, Bd. XXXIX, S. 212.

P. Christel. Einseitiger angeborener Buphtahlmus haemorrhagicus. Arch. f. Augenheilk., 1912, Bd. LXXI, S. 247.

Closier. Perforation de la cloison nasale et perte de substance du bord gauche de l'épiglotte après une diphtérie grave. Soc. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris. Sitzung am 9. Dezember 1911.

Codet-Boisse. Pseudo-sarcome du creux poplité. Extirpation. Récidive. Amélioration rapide par le traitement mixte. Gazz. hebd. des sc. méd. de Bordeau. 1911, Bd. XXIV, S. 282.

Max Cohn. Zur Frage des sogenannten Schulterhochstandes. Veröff. Hufeland Ges., 1911.

Harold Collinson. The clinical aspecte of acute appendicitis in children. The Practitioner, 1911, Nr. 1.

Cunéo, Heitz-Boyer und **Marion Hovelacque.** Exstrophie de la vessie. Création d'une vessie nouvelle. Rev. de Chir., 1912, Bd. XXXII, S. 348.

J. Curtillet und **Pierre Lombard.** Double genu recurvatum congénital, luxation congénitale des coudes. Rev. d'orthopédie, 1. Juli 1912.

Le Damany. Pathogénie de la luxation congénitale de la hanche. Arch. génér. de chir., 1912, Nr. 2.

— Traitement de la luxation congénitale de la hanche. Arch. génér. de chir., 1912, Nr. 3.

Delore und **Martin.** Tumeur maligne du sein chez une fille de quatorze ans. Rev. de Chir., 1912, Bd. XXXII, S. 358.

Derscheid-Delcourt. Fragilité osseuse et luxation congénitale de la hanche. Journ. méd. de Bruxelles, 1912, Bd. XVII, S. 131.

Hubert Deselaers. Anatomische Untersuchung eines Falles von Situs viscerum inversus totalis. Dissert., Straßburg, 1912.

P. Desfosses. Contribution à l'étude des fractures chez fes enfants. La Presse Méd., 1912, S. 793.

Hans Diefenbach. Familiärer Hermaphroditismus. Dissert., Berlin, 1912.

Wilhelm Dill. Über Ectopia cordis pectoralis. Dissert., Bonn, 1911.

Dourlez. Ectopie congénitale et atrésie extrême de l'anus; opération au cinquante septième jour; état fonctional parfait au bout de neuf ans. Soc. de chir., Paris, 7. Februar 1912.

Douglas Drew. Hernia in children with specal reference to the variation of the sac and its contents. Blair Bell., 1911, Nr. 3.
W. Dubreuilh. Sarcomatose cutanée infantile. Ann. de Dermatol. et de Syphil., 1911, Bd. II, S. 340.
Otto Ebert. Nierensteine im Kindesalter. Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 399.
Erich Ebstein. Hypertrichosis und Spina bifida occulta. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1911, Bd. XXXXIII, S. 81.
Ebstein. Spina bifida occulta und Hypertrichosis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1912, Bd. XXXXIII.
Franz Effsing. Über einen Akardius bei einer Drillinggeburt. Dissert., München 1911.
F. Erkes. Zur Kasuistik seltener kongenitaler Thoraxdeformitäten. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1912, Bd. CXIV, S. 239.
P. Ernst. Angiomatosis der Haut, Leber und Milz in den ersten Lebensmonaten. Deutsche pathol. Gesellsch., Straßburg, 15. bis 17. April 1912.
Paul Ewald. Über die Spina bifida occulta. Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen, 1912, Bd. XVIII, S. 276.
René Fabien. Contribution à l'étude des tumeurs du rein chez l'enfant. Thèse de Paris, 1911, Bd. CLXXIV, S. 102.
Fabre und **Jarricot.** Transmission de la mère à l'enfant d'une malformation des deux mains. Réun. obstétr. de Lyon, 15. Juni 1911.
Faujas. Volumineux calcul de la vessie chez une petite fille de 8 ans. (Großer Blasenstein bei einem 8jährigen Mädchen.) Lyon sméd. 1912, Bd. CXVIII— S. 668.
Ch. Favre. Un cas de fracture du crâne sans signes locaux, mais avec accidents cérébraux localisés, guérie par la trépanation. Rev. méd. de la Suisse rom., Mai 1912.
E. Feer. Zwei Chloromfälle im ersten Kindesalter. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 758.
Martina Fiebach. Über kongenitale Patellarluxationen. Beitr. f. klin. Chir., 1911, Bd. LXXVI, S. 283.
Herwart Fischer. Zahlreiche Mißbildungen an einem Fötus und ein Fall einer doppelten Ulnabildung. Dissert., Bonn, 1912.
W. Fischer. Die angeborene allgemeine Wassersucht. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXIIX, S. 410.
Paul Frangenheim. Die angeborenen Systemerkrankungen des Skeletts Ergebn. d. Chir., 1912, Bd. IV, S. 90.
— Ostitis fibrosa im Kindesalter. Beitr. f. klin. Chir., 1911, Bd. LXXVI, S. 227.
Georg Franke. Entstehungsursachen und Erkennung der Coxa valga. Dissert., München, 1912.
Walter Frensdorf. Ein Beitrag zur Kasuistik und Pathogenese der kongenitalen Gallengangsatresien. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. 1912, Bd. IX, S. 381.
Froelich. La coxa vara ; ses rapports avec les fractures et les décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur. Assoc. franç. de chir. XXV. Congrès, Paris, 7. bis 12. Oktober 1912.
Georg Gendron. L'adénopathie médiastine, sa valeur clinique dans les tuberculoses pulmonaires aigues et curables de l'enfant. Thèse de Paris, 1911, Nr. 362, S. 60.
C. L. Gibson. Rupture of the kidney in children. (Nierenruptur im Kindesalter.) Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1912, Bd. CXXXXIII (93), S. 649.
E. Gillespie. Acute intestinal obstruction caused by the appendix vermiformis, the obstruction an acute appendicitis. (Akuter Darmverschluß durch den Appendix verursacht, bei gleichzeitiger akuter Appendizitis, die durch die Symptome des Darmverschlusses verdeckt war.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 792.
Siegmund Ginsberg und **Paul Cohn.** Pseudotumor der Iris bei einem Kinde. Graefes Arch. f. Ophthalmologie, 1912, Bd. LXXXI, S. 188.

J. Ginzburg. Zur Pathogenese des Kryptophthalmus. Klin. Monatsblätter f. Augenheilk., 1911, Bd. IL, S. 211.

Glüh. Über Hydrozephalie. Zeitschr. f. Schwachsinn, 1912, Bd. V, S. 293.

Goldberg. Le torticolis de naissance est-il d'origine obstétricale ou congénitale? Thèses de Paris, 1911, Nr. 197.

Raoul Graf. Über den kongenitalen Prolaps. Ein Beitrag zur Ätiologie der weiblichen Genitalprolapse. Monatschr. f. Geburtshilfe und Gynäkol., 1912, Bd. XXXIV, S. 645.

Greene. Removal of adenoids a preventive measure after exposure to measles. (Entfernung der Adenoide als Prophylaktikum nach Aussetzung zu Masern.) Med. Record, 31. August 1912.

D. M. Greig. A case of congenital absence of the chondrosternal portion of the pectoralis major. (Ein Fall von kongenitalem Defekt des chrondrosternalen Abschnittes des Pectoralis major.) Edinb. Med. Journ., 1912, N. S. Bd. 8, S. 248.

Hans Grenacher. Ein Beitrag zur Thymusstenose. Dissert., Halle, 1912. (Hohmann.)

M. Griolet. Un cas d'hémorrhagie méningée sousarachnoidienne chez un enfant. Pathol. infant., 1912, Nr. 6.

P. Guillaume-Louis. L'heure chirurgicale dans l'invagination intestinale aigue chez les enfants. Arch. médico-chir. de Province, 1911, Bd. VI, S. 384.

Guinon und **Fanquez.** Invagination intestinale à marche subaigue chez un enfant de cinq mois. La Pédiatrie prat., 1911, Nr. 34.

Thomas Guthrie. The recurrence of adenoids. (Das Nachwachsen adenoider Vegetationen.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 1054.

S. Gutmann. Über einen Fall von Ösophagusatresie und Ösophagotrachealfistel, kombiniert mit Mißbildungen am Herzen und an den großen Gefäßen. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1912, Bd. IX, S. 459.

Jonathan Paul Haberern. Kongenitale Divertikel der Urethra. Zeitschr. f. Urologie, 1911, Bd. V, S. 734.

B. Hadlich. Spontane Harnröhrenblutung (Urethrorrhagie) im Kindesalter. Volkmanns Sammlg. klin. Vorträge, Nr. 650, 1912.
Ein Fall und langatmige ätiologische Deduktionen.
Thorspecken (Bremen).

Gaston Haguet. Étude clinique sur les hémorragies sous-dure-mériennes spontanées chez l'enfant. Le méd. prat., 1911, Nr. 35.

Hatch. Acute pyelitis in infancy. (Akute Pyelitis im Säuglingsalter.) Buffalo Med. Journ., Juli 1912. Wachenheim (New York).

Hans Hauser. Atresia duodeni als Todesursache bei einem Neugeborenen von 7 Tagen. Monatsschr. f. Geburtsh. und Gynäkol., 1911, Bd. XXXIV, S. 678.

E. Hayashi und **Matsuoka.** Anatomische und radiologische Untersuchungen der Knochengerüste der kongenital verrenkten Hüftgelenke. Zeitschr., r. orthopädische Chir., 1912, Bd. XXX, S. 196.

— — Über angeborenen Hochstand der Schulterblätter. (Ein neuer Fall von doppelseitigem Hochstand.) Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1912, Bd. CXIII, S. 285.

Arthur F. Hertz. Congenital dyschezia. Proceedings of the Royal Soc. of Med., April 1912.

Heulz. Pemphigus congénital à kystes épidermiques. Soc. franç. de dermatol. et de syphiligraphie, Paris, 4. Juli 1912.

Hoffmann. Kasuistischer Beitrag zur Frage der kongenitalen Dünndarmatresie. Gynäkol. Rundschau, 1912, Bd. V, S. 173.

Ludwig Hoffmann. Mißbildungen der oberen Extremität. Fortschr. Röntgenstr., 1911, Bd. XVII, S. 301.

Paul Hoffmann. Über maligne Uterustumoren im Kindesalter. Dissert., Greifswald, 1911.

Horsley. Intussusception of the ileum in infants and children. (Dünndarminvagination.) Journ. South Carolina Med. Assoc., September 1912. Wachenheim (New York).

Robert Hüttemann. Über Ptosis congenita mit Heredität. Graefes Arch. f. Ophthalmol., 1911, Bd. LXXX, S. 280.

Eugen Jacobsohn. Mißbildungen der Zehen. Zeitschr f. orthopäd. Chir., 1912, Bd. XXX, S. 252.

Ad. Jalaguer und **L. Lamy.** Torticollis congénital. Ténotomie sous-cutanée. Resultats 2, 3, 4, 6, 10 ans après l'intervention. Présentation de malades. (Kongenitales Caput obstiput. subkutane Tenotomie. Resultate 2, 3, 4, 6, 10 Jahre nach dem Eingriff. Krankenvorstellung.) Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, Bd. III, S. 140.

José M. Jorge. Prolapso del intestino à través del diverticulo de Meckel. Rev. de la Soc. med. Argentina. November/Dezember 1910.

Helmut Joseph. Über Nephrolithiasis im Säuglingsalter. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med., 1911, Bd. CCV, S. 335.

Joyeux. Absence congénitale du rectum. Thèse de Nancy, 1912.

Iselin. Demonstration zur Entwicklung des Hohlfußes. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd, XXXXII, S. 352.

H. Iwata. Angeborene Mißbildung des äußeren Ohres. Beitr. Anat. Ohr., 1912, Bd. V, S. 258.

Itaru Karashima. Ein Fall von Situs viscerum totalis. Dissert., München, 1912.

W. E. Mc. Kechnie. Abscess of the lung and liver; simple cure of an chronic case by the upside-down position. (Lungen- und Leberabszeß; einfache Lagerungskur.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 865.

Richark Keil. Cyklopie bei einer neugeborenen Katze. Arch. vergl. Ophthalm., 1912, Bd. III, S. 30.

Michel de Kervily und **A. Branca.** Sur le testicule en ectopie du nouveauné. Soc. de Biol., Paris, 29. Juni 1912.

Kilmer. The administration of anesthetics to infants and children. (Die Anwendung der Narkose bei Kindern.) Arch. of Pediatrics. Juli 1912.

A. Kirmisson. A propos du bec-de-lièvre. La Pédiatrie prat., 1911, Februar.

— Ectopie testiculaire. La Pédiatrie prat., 1912, Januar.

— Les traumatismes osseux chez l'enfant. Du décollement traumatique des épiphyses. Klin. Vorlesung. La presse méd., 1912, S. 657.

— Les traumatismes osseux chez l'enfant. Fractures sous-périostées et fractures incomplètes. Fracture du cubitus avec luxation de la tête du radius. Klinische Vorlesung. La presse méd., 1912, Bd. 729.

— Trois cas de genu recurvatum. La presse méd., 1912, Nr. 44. S. 465.

Knox and **Sprunt.** Congenital obstruction of the posterior urethra: report of a case in a boy aged 5 years. (Angeborener Verschluß der hinteren Urethra bei einem 5jährigen Knaben.) Amer. Journ. Dis. Child., September 1912. Wachenheim (New York).

M. Konopacki. Über einen Fall von angeborenem partiellen Speiseröhrendefekt (Atresia oesophagi) als Beitrag zur Entwicklung der Luftröhre beim Menschen. Zentralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat., 1912, Bd. XXIII, S. 386.

Paul Krampitz. Über einige seltenere Formen von Mißbildungen des Gehörorgans. Zeitschr. f. Ohrenheilk., 1912, Bd. LXV, S. 44.

Gustav Kreglinger. Ein Fall von hereditärer, kongenitaler, doppelseitiger Synostose beider Vorderarmknochen an der proximalen Epiphyse. Dissert., Bonn, 1912.

Paul Kschischo. Über eine Mißbildung der Leber, Zentralbl. f. Pathol.. 1912, Bd. XXIII, S. 293.

August Kühn. Hernia diaphragmatica congenita. Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1912, Bd. XXV, S. 345.

Lacasse und **Pottet.** Paralysie radiculaire du plexus brachial chez le nouveau-né consécutive à une inclinaison anormale de la tête sur le moignon de l'épaule, pendant la vie intrautérine. Malformation du maxillaire inférieur. Soc. d'obstétr., de gynécol. et de péd. de Paris, 6. Juli 1911.

H. H. Laméris. Ectopia vesicae. Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde, 1912, Bd. IIL, S. 558.

Heinrich Landwehr. Beiträge zur Anatomie der Luxatio coxae congenita. Zeitschr. f. orthopäd. Chir., 1912, Bd. XXX, S. 55.

Johann Lang. Über Choanenatresie (Heredität derselben.) Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1912, IVL, S. 970.

Langernak. Über Brucheinklemmung von Adnexen im Säuglingsalter. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1911, Bd. CIX, S. 195.

Wilhelm Langhoff. Zur Kasuistik der Mischgeschwülste der Niere im Kindesalter. Dissert., München, 1911.

H. A. Ledlard. Sacral teratoma removed from a female infant two days old. The Brit. Journ. of Child. Dis., Juli 1912.

Frithjof Leegard. Über angeborene Halsfisteln und einige mit diesen verwandte Anomalien. Arch. f. Laryng. u. Rhinol., 1912, Bd. XXVI, S. 125.

Jean Legrand. Traitement de choix des fractures de la diaphyse fémorale chez l'enfant par les grands appareils plâtrés. Thèse, Lille, 1912.

Ch. Leroux, R. Labbé und **G. Barret.** Inversion viscérale totale chez deux frères de 13 et 7 ans. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, S. 297.
R. Weigert (Breslau).

J. Lhermitte. L'hépatite familiale juvénile à évolution rapide avec dégénérescence du corps strié: dégénération lenticulaire progressive de Wilson. (Die akute familiäre Hepatitis mit Degeneration des Corpus striatum; progressive Linsenkerndegeneration nach Wilson.) Semaine méd., 1912, Bd. XXXII, S. 121.

Loaec. Hypertrophie congénitale du premier et du deuxième orteil (angeborene Hypertrophie der ersten und zweiten Zehe). Lyon méd., 1912, Bd. CXIIX, S. 1319.

J. Lorthioir. Huit cas d'arthrodèse du pied avec extirpation de l'astragale. Ann. de la soc. Belge di chir., 1911, Nr. 6 und 7.

Machard. Redressement des déviations rachitiques invétérées des membres supérieurs et inférieurs par ostéotomie et ostéosynthèse (fixateur de Lambotte). Rev. méd. de la Suisse romande, 1912, Bd. XXXII, S. 290.

José M. Maidagan. Peritonitis a pneumococcus en los ninos. Rev. med. del Rosario, Juli 1911.

Marion. Présentation d'un hypospade opéré cinq fois sans succès par le procédé de Nové-Josserand et réparé complètement en trois séances par le procédé de Duplay. Soc. de chir., Paris, 27, November 1912.

— Traitement de l'exstrophie de la vessie par la création d'une vessie nouvelle. Soc. de chir., Sitzung in Paris am 3. Jänner 1912.

Ch. Martin du Pan. Deux cas de fractures du crâne chez les enfants et leurs suites. Rev. méd. de la Suisse Romande, 20. Juni 1911.

— Ostéomyélite aigue avec septicémie généralisée. Soc. méd. de Genève, 25. Jänner 1912.

Emery Marvel. Appendicitis in childhood. (Appendicitis im Kindesalter.) Arch. of Ped., 1912, Bd. XXIX, S. 366.

E. Mayer. Zur Verbandtechnik bei der Behandlung des angeborenen Klumpfußes. Zentralbl. f. chir. u. mech. Orthopädie, 1912, Bd. VI, S. 144.

Mayet. A propos du traitement des luxations congénitales. Soc. des chir. de Paris, 7. Juni 1912.

Karl Max Mayr. Über einen Fall von kongenitaler Radiusluxation. Dissert., München, 1911. (R. Müller & Steinicke.)

Meignant. Invagination intestinale aigue du bas âge. Anjou méd., 1911, Nr. 9.

Eduard Melchior. Über die Kombination von symmetrischer Madelungscher Handgelenksdeformität mit dopppelseitiger metakarpaler Brachydaktylie. Zeitschr. f. orthopäd. Chir., 1912, Bd. XXX, S. 532.
Johannes Million. Über kongenitale partielle Hypertrophie. Dissert., München, 1912.
Tetsuo Miyata. Über einen seltenen Fall von Syndaktylie. Zeitschr. f. orthopäd. Chir., 1911, Bd. XXIX, S. 257.
K. Miyauchi. Ein Fall von sogenannter Halsrippenskoliose. Zeitschr. f. orthopäd. Chir., 1911, Bd. XXIX, S. 394.
Miyauchi. Zur Kasuistik des angeborenen Hochstandes des Schulterblattes. Arch. f. Orthopäd., 1912, Bd. XI, S. 234.
M. Moeller fils. Le traitement des pieds bots et des transplantations tendineuses. Ann. de l'institut chir., Bruxelles, 1912.
Monnier. A propos du traitement de la luxation congénitale de la hanche. Soc. des chir. de Paris, 17. Mai 1912.
S. H. Monson. Buphthalmia, case report. The Cleveland med. Journ., März 1912.
Enta Morkownikowa. Über angeborene Skoliosen. Dissert., Berlin, 1911.
Albert Mosenthal. Einige Fälle von Brachydaktylie. Verhandl. d. Gesellschaft f. orthopäd. Chir., 1911, Bd. X, S. 36.
Albert Mouchet. Hernie ombiciale de l'enfant. Soc. de méd. de Paris, 27. April 1912.
A. Mouchet und **Ségard.** Du coxa-vara congénitale. Paris méd., 1912, Nr. 18.
Hans Mueller. Über Situs inversus partialis. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol., 1911, Bd. V, S. 632.
J. Nathanson. Ein Fall von halbseitigem chondrodystrophischem Zwergwuchs. Zeitschr. f. Röntgenkunde, 1912, Bd. XIV, S. 315.
V. Noguchi. Ein Beitrag zur Pathologie des kongenitalen partiellen Darmdefektes. Arch. f. pathol. Anat., 1912, Bd. CCIX, S. 220.
Nové-Josserand. Des hernies inguininales chez le nourrisson. La Pédiatrie prat., 1911, März.
Friedrich Obländer. Ein Fall von Ösophagusatresie, kombiniert mit mehreren Mißbildungen. Dissert., Heidelberg, 1911.
D'Oelsnitz. La transsonnance sterno-vertébrale, signe d'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant. Soc. de l'internat des hôp. de Paris, 27. Juni 1912.
Ombrédanne. Invagination intestinale. La Pédiatrie prat., 1911, Juli.
— Les hernies ombilicales. La Pédiatrie prat., 1911, Juni.
— Observations d'invagination instetinale chez l'enfant. Soc. de chir. Sitzung in Paris am 3. Jänner 1912.
— Ostéomyélite. La Pédiatrie prat., 1911, Nr. 22.
— Sur le traitement du pied plat valgus invétéré par la tarsectomie trapézoidale interne. Soc. de chir., Paris, 3. Juli 1912.
Ombrédanne und **Lance.** Le traitement des scolioses fixées par la méthode d'Abbott. Soc. de l'internat des hôp. des Paris, 28. November 1912.
Richard Oppenheim. Einige Bemerkungen zur Ätiologie, Differentialdiagnose und Therapie im Anschluß an einen von Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter). Dissert., Berlin. (Emil Ebinger.)
Motoi Oyamada. Über Riesenkinder. Beiträge f. Geburtsh., 1911, Bd. XVII, S. 93.
Patel. Traitement du méga-colon. Pathol. infant., 1911, Nr. 3.
Pauchet. Correction opérative d'une génitourinaire utérus et vagin doubles: abouchement de la vessie, du vagin et du rectum dans un canal commun (cloaque); incontinence urinaire et fécale. Soc. de chir., Paris, 14. Februar 1912.
Ernst Paulsen. Cholelithiasis beim Säugling. Dissert., Kiel, 1912, 14 Seiten. (H. Fiencke.)
Siegfried Peltesohn. Einige neue Mitteilungen über interessante kongenitale Mißbildungen der Extremitäten. Med. Klin., 1912, Bd. VIII, S. 287.

Péraire. Traitement de la luxation congénitale de la hache. Soc. des chir. de Paris, 24. Mai 1912.
Ephim-Chaim Perlis. Über Spina bifida. Dissert., Berlin, 1912. (F. Ebering.)
F. Piéri. Considérations sur les imperforations ano-rectales. La Pédiatrie prat., 1911, Januar.
Gino Pieri. Spina bifida mit angeborener Hüftgelenksverrenkung. Charité Ann., 1911, Bd. XXXV, S. 613.
Johannes Pietzsch. Über 2 Fälle von Atresia ostii aortae congenita. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Persistenz des Truncus arteriosus communis und ihrer Unterscheidung von der Atresie der Ostia arteriosa. Dissert., Erlangen, 1911.
Hans von Pieverling. Über fötale Wassersucht. Dissert., München, 1911. (Kastner und Callwey.)
A. Posthumus Meyes. Akute Entzündung der Adenoiden als Ursache unerklärbarer Temperatursteigerungen bei Kindern. Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde, 1912, Bd. IIL, S. 1182.
Reblaud. Luxation congénitale de la hanche. Soc. des chir. de Paris, 10. Mai 1912.
Joseph Reich. Ein Fall von angeborenem Schulterblatthochstand bei Hemiaplasie der oberen Körperhälfte. Mitteilung aus den Grenzgebieten der Medizin und Chir., 1911, Bd. XXIII, S. 543.
H. Reynés. Un cas d'occlusion intestinale paralytique chez un nouveau-né. Pathol. infant., 1911, Nr. 11.
L. Rivet und **L. Girard.** Malformations congénitales des appareils circulatoire et pulmonaire. Soc. anatom., 3. Mai 1912.
H. S. Rocher. Carie sèche de l'épaule chez un enfant de neuf ans; résection atypique, plombage au mélange de Mosetig-Moorhof, guérison rapide. Journ. méd. de Bordeaux, 1911, Bd. XXXIX, S. 613.
Rocher und **Dantin.** A propos d'un cas de hernie crurale chez un enfant de dix ans. Fréquence et pathogénie de la hernie crurale infantile. Gazz. hebd. d. scienc. méd. de Bordeaux, 1911, Bd. XXXII, S. 373.
Roederer. Les luxations congénitales de la hanche à symptômes tardifs. La presse méd., 1912, Bd. XX, S. 259.
J. D. Rolleston. Destruction of ovula in Vincent's angina. Pr. of the Royal Soc. of Med., Mai 1912.
Roman. Primäre und sekundäre Knochenmarktumoren beim Kind. Vortrag in der wissenschaftlichen Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen. 17. Februar 1912., Prag.
Heinrich Rössing. Klinische Untersuchungen über die Deformitäten der Nase bei Neugeborenen. Dissert., Freiburg, 1912.
Paul Roth. Lateral curvature of the spine (Scoliosis). Analysis of two thousand consecutive cases. (Analyse von 2000 Skoliosefällen.) Brit. med. Journ., 1912, Nr. 2677, S. 888.
Tula Rovira. Sobre la mancha azul mongolica congénita. Arch. latino-amer. de ped., Mai/Juni 1911.
Eugen Rübel. Kongenitale familiäre Flachheit der Kornea (Cornea plana). Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1912, Bd. XIII, S. 427.
Sahli. Hydrocephalus bei einem 10jährigen Mädchen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 461.
R. Sand und **P. Lerat.** Un cas d'adénosarcome du rein et un cas d'embryome rétropéritonéal chez l'enfant. Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique, 1912, Bd. XVII, S. 102.
Savariaud. Diagnostic de la luxation congénitale unilatérale chez le jeune enfant. Description d'un symptôme nouveau. La méd. infantile, 1912, Bd. VL, S. 49.
— Fractures et décollements epiphysaires chez l'enfant. La méd. infant., 1912, Bd. XVI, S. 89.
— Le pied bot congénital et son traitement. La presse méd., 1912, S. 739.

Oscar Saxenberger. Über bilateralen, kongenitalen, totalen Fibuladefekt. Dissert., Berlin, 1912.

Alex. Scharff. Zwei Fälle von symmetrischen Mißbildungen der Finger. Zeitschr. f. orthopäd. Chir., 1912, Bd. XXX, S. 538.

Peter Scheffen. Drei Fälle von Extremitätenmißbildungen. Deutsche Zeitschr., f. Chir., 1911, Bd. CXII, S. 206.

Victor Schmidt. Über eine seltene Entwicklungsstörung am Darme eines neugeborenen Kindes. Anat. Anzeig., 1912, Bd. XXXXI, S. 631.

Paul Schneider. Zur Genese der kongenitalen Larynxzysten. Zeitschr. f. Ohrenheilk., 1912, Bd. LXIV, S. 358.

Schumacher. Turmschädel und Hydrocephalus internus. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 505.

J. Sédillot. Hematome siégeant dans le tendon sternal du muscle sterno-cléido-mastoidien gauche. La Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 429.

Hirsch Segal. Beitrag zur Ätiologie der Bauchblasengenitalspalte und des partiellen Tibiadefektes. Dissert., Berlin, 1911.

Willy Seiffert. Über Anomalien der Patella. Dissert., Berlin, 1912.

Ludwig Seitz. Über die Genese intrakranieller Blutungen bei Neugeborenen. Zentrabl. f. Gynäkol., 1912, Bd. XXXVI, S. 1.

Ugo Sella. Über kongenitale Atresie des Darmes und der weiblichen Genitalien und ihr Verhältnis zur fötalen Peritonitis. Beiträge zur pathol. Anat. und zur allgem. Pathol., 1912, Bd. LIII, S. 243.

Ferdinand Siegert. Der chrondrodystrophische Zwergwuchs (Mikromelie). Ergebn. d. inner. Med., 1912, Bd. VIII, S. 64.

C. C. Simmons. The operative treatment of intracranial haemorhage in the newborn. Boston Med. and surg. Journ., Januar 1912.

Smester und **A. Mouchet.** Guérison de la hernie ombilicale des nouveaunés. Le méd.. prat., 1912, Nr. 20.

R. R. Smith. A study of children with reference to enteroptosis. (Studien an Kindern in bezug auf die Frage der Enteroptose.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, S. 385.

Souligoux. Imperforation anale; anus vulvaire; transplantation du rectum; guérison. Soc. de chir., Paris, 7. Februar 1912.

Speese. Urethral calculi. (Harnröhrensteine.) Arch. of Ped., Juli 1912. Verf. berichtet über 2 Fälle bei Knaben von 2 bis 3 Jahren.

Siegfried Speyer. Über kongenitale Zwergfellhernien mit Berücksichtigung eines selbst beobachteten Falles. Dissert., Heidelberg, 1911.

Chaja Spielberg. Beitrag zur Pathogenese des Hydrophthalmus congenitus. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1911, Bd. XII, S. 313.

Geo F. Still. Pyelitis in children. North of England Clin. Journ., Januar 1912.

Fritz Stimmel und **F. Rotter.** Beiträge zur Pathologie und Therapie des Hydrophthalmus congenitus. Zeitschr. f. Augenheilk., 1912, Bd. XXIIX, S. 114.

Benedikt Streit und **Wegelin.** Über einen Fall von Holocardius. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1912, Bd. XXXV, S. 589.
R. Weigert (Breslau).

Ludwig Stütz. Angeborene seitliche Nasenspalte verbunden mit gleichseitiger Choanalatresie. Zeitschr., f. Ohrenheilk., 1912, Bd. LXV, S. 202.

A. Sundholm. Ett operativt behandladt Fall af megacolon congenitum. (Ein operativ behandelter Fall von Megacolon congenitum.) Finska läkaresällskapets Handlinger. 1912, Bd. LIV, S. 535.

v. Sury. Die spontane Darmruptur beim Neugeborenen. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med., 1912, Bd. XXXXIII, S. 91.

Aurel von Szily jun. Über die entwicklungsgeschichtlichen Grundlagen für die Erklärung der kongenitalen Defektbildungen am Auge. Ber. über die Versamml. d. ophthalmol. Ges., 1912, Bd. XXXVII, S. 40.

Henry Ling Taylor. The surgery of rachitis. (Die Chirurgie der Rachitis.) Arch. of Ped., 1912, Bd. XXIX, S. 351.

F. Terrien und **Hillion.** Rétraction spasmodique congénitale de la paupière supérieure. Soc. d'Ophthalmol. de Paris, 3. Dez. 1912.
Frank C. Todd. Removal of foreign body from the right bronchus. (Entfernung eines Fremdkörpers aus dem rechten Bronchus.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 692.
Tournier. Indications et contre-indications au traitement du spina bifida. Thèse de Toulouse, 1912, Nr. 994.
Triboulet und **Savariaud.** Nouveau cas d'invagination chronique chez un enfant de 5 ans. Opération précoce. Guérison. (Ein neuer Fall von chronischer Invagination bei einem 5jährigen Kind. Frühoperation. Heilung.) Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, Bd. III, S. 136.
Tuffier. Angiome du scrotum chez un enfant guéri depuis deux ans et demi, par la radiumthérapie, d'un angiome de l'urètre. Soc. de chir., Paris, 27. März 1912.
Michael Umansky. Ein Fall von Hernia diaphragmatica congenita. Dissert., München, 1911.
Otto Virus. Über Halsrippen. Dissert., Halle-Wittenberg, 1911.
Voron und **Gravier.** Malformations congénitales; polydactylie. Lyon méd., 1912, Bd. IX, S. 489.
— — Pied-bot talus valgus congénital. Lyon méd., 1912, Bd. IX, S. 490.
Oscar Vulpius. Ein Präparat von reponierter kongenitaler Hüftluxation. Zentralbl. f. chir. Orthopäd., 1911, Bd. V, S. 466.
Ernst Waelli. Über die kongenitale Hernia diaphragmatica im Foramen Morgagni und ihre Röntgendiagnose. Arch. f. klin. Chir., 1912, Bd. IIIC, S. 952.
Walther. Double pied bot congénital, tarsectomie large: résultat éloigné. Soc. de chir., Paris, 18. Dezember 1912.
Albert J. Walton. Congenital malposition of the gall-bladder. (Angeborene Verlagerung der Gallenblase.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 925.
G. E. Waugh. Enterectomy under spinal anaesthesia for acute intestinal obstruction in an infant 24 hours old; survival for one month. (Darmresektion unter Spinalanästhesie wegen akuten Darmverschlusses bei einem 24 Stunden alten Säugling, der einen Monat lang am Leben blieb.) Lancet, 1912, Bd. CXXXII, S. 427.
Friedrich August Weihe. Über angeborenen partiellen Riesenwuchs. Dissert., Berlin, 1912.
Weill und **Gardine.** Ulcère du duodénum chez un enfant de un mois; mort par hémorrhagie intestinale. La Pédiatrie prat., 1912. März.
Anton Weiser. Ein Fall von kongenitaler Dilatation der Blase, der Ureteren und des Nierenbeckens mit Zystenniere. Dissert., Bonn, 1912.
R. Wenglowski. Die Beziehung zwischen der Entwicklung der Nabelgegend und der Disposition zu Nabelbrüchen. Zentralbl. f. Chir., 1912, Bd. XXXIX, S. 317.
— Über die Halsfisteln und -Zysten. Arch. f. klin. Chir., 1912, Bd. IIC, S. 151.
Matthias Westenberger. Beitrag zur Lehre von den Mischgeschwülsten der kindlichen Scheide. Arch. f. pathol. Anat., 1912, Bd. CCIX, S. 279.
G. Wetzel. Experimentelle Studien zur Lageveränderung der kindlichen Niere und einiger anderer Organe bei verschiedener Stellung des Körpers. Anatom. Anzeig., 1912, Bd. XXXXI, S. 529.
Wilhelm Wiegels. Ein Fall von Verdoppelung des Rückenmarks bei einem vierjährigen Kinde. Dissert., München, 1912.
Williams. Diagnosis of fracture about elbow-joint in children. (Diagnose der Ellenbogenfrakturen bei Kindern.) Amer. Journ. Obstetr., Juli 1912.
Max Wolff. Ein Fall von intra-uterin geheilter Hasenscharte mit Naevus-papillomatosus-Bildung im Verlauf von fötalen Schlußspalten. Dissert., Greifswald, 1912.

James K. Young. Arthritis deformans in children. (Arthritis deformans im Kindesalter). Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 276.
D. Zani und **G. Del Lago.** Infantilismo da tumore dell 'ipofisi. (Infantilismus infolge von Hypophysistumor.) Ann. de oftalmol., 1912, Bd. XXXXI, S. 481.
Heinrich Zinsser. Angeborene Hüftluxation. Berl. Ges. Natk., 1910, Bd. VI, S. 27.
A. Zuber und **T. Petit.** Trois cas de noma buccal étudiés au point de vue bactériologique. La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 481.
Déclaration obligatoire de la tuberculose est-elle possible chez l'enfant? La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 545.

Kinderschutz und Säuglingsfürsorge, Statistik.

Simon van der Aa. Überblick über die Wirkung der holländischen Kindergesetze während der Zeit ihres fünfjährigen Bestehens, vom 1. Dezember 1905 bis 1. Dezember 1910. Tijdschrift voor armenzorg en kinderbescherming, 1911, S. 174.
Agatston. Importance of the early training of mothers in the care of babies. (Unterricht der Mutter in der Säuglingspflege.) New York Med. Journ., 5. Oktober 1912. Wachenheim (New York).
Alberts. Zusammenstellung über die Mutterhäuser und Seminare für christliche Kinderpflege. Der Armen- und Kranken-Freund, eine Zeitschrift für die weibliche Diakonie der evangelischen Kirche, 1911, S. 138.
Mc Allister. Some never aspects of the problem of infant hygiene. (Einige neuere Gesichtspunkte über das Problem der Hygiene des ersten Kindesalters.) Arch. of Ped., 1912, Bd. XXIX, S. 360.
Philipp Arnold. Zur Frage der Milchversorgung der Städte. Jahrbücher f. Nationalökonomie und Statistik, 1911, IIIC, S. 585.
Adolphe Augé. Enfants assistés. Des nouvelles règles du domicile de secours. La Rev. philanthrop., 1911, S. 37.
Andreas Boje. Aus der Praxis der Kinderfürsorge in Dänemark. Zeitschr. f. Jugendwohlfahrt, Jugendbildung, Jugendkunde, 1911, S. 411.
E. Bonnaire. La consultation obstétricale de nourrissons. La Presse Méd. 1912, S. 413.
Mc. Bride. Relation of municipality to child life. (Städtische Kinderfürsorge.) Journ. Med. Soc. New Jersey, Oktober 1912.
Buecheler. Über Riesenkinder. Arch. f. physikalisch-diätetische Therap., 1912, Bd. XIV, S. 17.
Cassin. Note sur l'emploi des nourrices à demi lait dans la lutte contre la mortalité infantile. Réun. obstétr. et gynécol. de Montpellier, 16. April 1912.
Chambrelent. Morti-natalité à Bordeaux pendant les trente dernières années. Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1911, Bd. XXXIII, S. 391.
Clétiez. Les restaurants gratuits pour mères nourricess et des cantines maternelles. Thèses de Paris, 1911, Nr. 108.
Colt. Certified milk. (Bescheinigte Milch.) Arch. of Ped., August 1912. Wachenheim (New York).
A. J. da Costa. Natuurlijke niet-erkende Kinderen. (Betr. Statistik über uneheliche Kinder in Amsterdam.) Tijdschrift voor armenzorg en kinderbescherming, 1911, S. 33.
A. Delcourt. Hygiène infantile, Pathol. infant., 1912, Nr. 2.
Deshayes. Notes sur la puériculture. La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 402.
Durand. Le nourrisson en Tunisie. Thèse de Lyon, 1912, Nr. 90.
D. E. English. Infant mortality due to wrong home care. (Säuglingssterblichkeit infolge unrichtiger häuslicher Pflege.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 146.
Maurice de Fleury. La coopération de l'hygiène sociale et de la bienfaisance privée pour la préservation de l'enfance et de l'adolescence. VII. Congrès international de la tuberculose, 14. bis 20. April 1912.

Ernst Flügge. Überblick über den gegenwärtigen Stand der Frage über die Ursache der Sommersterblichkeit der Säuglinge an Brechdurchfall. Dissert., Leipzig, 1912.
Halipré. Mortalité infantile. Lait de vaches nourris de résidus industriel. Rev. méd. de Normandie, 1911, Nr. 5.
Hans Hösli. Die öffentliche Fürsorge für dürftige Kinder in Paris. Jahrbuch der Schweiz. Gesellsch. f. Schulgesundheitspfl., 1912, S. 288.
Arthur E. Howard. The importance of milk stations in reducing city infant mortality. (Die Bedeutung von Milchstationen für die Herabminderung der Säuglingssterblichkeit in Städten.) Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVI, S. 773.
Walther Kaupe. Sommerhitze und Säuglingssterblichkeit. Zentralbl. f. Gesundheitspfl., 1912, Bd. XXXI, S. 30.
Hugo Kühl. Die soziale Bedeutung der Milchversorgung. Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhyg., 1912. Bd, XXII, S. 240.
Lavialle. L'industrie laitière en Suède. La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 751.
Legel. Krüppeltum und Krüpppelfürsorge. Vortrag. Die Hilfsschule, 1911, S. 125.
Harry Liefmann. Über den Einfluß der Wohnungsverhältnisse auf den Sommertod der Säuglinge. Hyg. Rundsch., 1911, Bd. XXI, S. 1317.
H. Liefmann und **Alfred Lindemann.** Die Lokalisation der Säuglingssterblichkeit in Berlin und ihre Beziehungen zur Wohnungsfrage. Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 1074, 1115 und 1158.
Adrien Loir. Mortalité infantile et lait condensé. Bull. méd., 11. Mai 1912.
Hertha Lutz. Erhebungen über das Gedeihen von Säuglingen bei Milchküchenernährung. Dissert., München, 1911.
Gustav Major. Fürsorge für psychopathisch veranlagte Kinder. Die Gesundheitswarte. Prakt. Schulhyg. u. pädagog. Pathol., 1911. S. 7.
L. Marois. Les consultations de nourrissons dans l'Yonne en 1910. La Rev. philantrop., 1911, S. 294.
Meignant. Les consultations de nourrissons à la campagne. Anjou méd., April 1912.
Nobécourt. Consultations de nourrissons. Gouttes de lait. La Pédiatrie prat., 1912, April.
Péhu. L'état actuel de la puériculture en Allemagne. Dezember 1911,
E. Pelper. Die Ursachen der Säuglingssterblichkeit in Pommern und ihre Bekämpfung. Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 256.
F. Philips. La protection du premier âge en Belgique. Ann. soc. méd. chir., Dezember 1912.
Moritz Pistor und **Eduard Dietrich.** Sind Anzeichen dafür vorhanden, daß bei der ständigen Abnahme der Geburtenziffer in Preußen und Deutschland eine Verminderung der Fortpflanzungsfähigkeit als Ursache mitwirkt. Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med., 1912. Bd. XXXXIII, S. 2.
Schroeder. Bacteriologic and sanitary condition of milk supply of New York City. (Die Milchversorgung der Stadt New York in bakteriologischer und hygienischer Hinsicht.) Journ. Infect. Dis., Juli 1912.
Scott. Rights of a child. (Das Recht des Kindes.) Journ. Kansas Med. Soc., August 1912.
H. Silbergleit. Über die Statistik der Säuglinge und der Säuglingssterblichkeit. Hyg. Rundsch., 1911, Bd. XXI, S. 1299.
Variot. Fonctionnement de l'Institut de puériculture à l'hôpice des Enfants.-Assistés pendant l'année 1911 bis 1912. Acad. de méd., Paris, 29. Oktober 1912.
G. Variot. Programme et fonctionnement des cours et exercices pratiques de l'institut de puériculture pendant l'année 1911 bis 1912. La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 548.

Otto Veil. Die Säuglingssterblichkeit während der letzten Jahre mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Tübingen. Gesundheit, 1911, Bd. XXXVI, S. 505.

Julius Wolf. Der Geburtenrückgang und seine Bekämpfung. Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 49 und 50.

(Nach einem in der vereinigten medizinischen und staatswissenschaftlichen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur gehaltenen Vortrag.)

Die Ausführungen stützen sich vielfach auf des Verfassers bekanntes Werk (siehe Referat in dieser Monatsschrift) und schließen mit einer dringenden Mahnung zum Eingreifen.

K. Wolf. Die Säuglingssterblichkeit während der letzten Jahre. Klin.-therapeut. Wochenschr., 1912, Bd. XIX, S. 647.

Die Aufgaben der Gemeinde zur Kinderfürsorge bei der Tuberkulosebekämpfung. Gemeinwohl. Zeitschr. d. Berg. Vereines f. Gemeinwohl, 1911/12, S. 81.

Inhalt.

Leiner. *Sammelreferat über die dermatologische Literatur des Jahres 1912 713.* — **Messerschmiedt.** *Ergebnisse der bakteriologisch-serologischen Forschung im Jahre 1912 725.* — **Ernährung und Stoffwechsel. Ausset.** *Kondensierte Milch 732.* — **Moro.** *Neutralrotreaktion der Milch 732.* — **Drooglever Fortuyn.** *732. 733.* — **Smits.** *Maul- und Klauenseuche 733.* — **Sugai** und **Monobe.** *Leprabazillen in Milch 734.* — **Wieland.** *Ernährungsstörungen 734.* — **Flevez.** *Ernährungsstörungen 734.* — **Flevez.** *Wasserdiät 734.* — **Schoute.** *Anwendung von Salzlösungen 734.* — **Flevez.** *Gewichtskurven 735.* — **Comby.** *Rumination 735.* — **Bittorf.** *Wasser- und Kochsalzstoffwechsel 735.* — **Bahr.** *Cholera infantum 736.* — **Gyoteyko.** *Vegetarische Diät 736.* — **Rosenfeld.** *Kohlehydratkuren bei Diabetes 736.* — **Friedlander** und **Greenebaum.** *Darmflora 738.* — **Neumann.** *Sojabohne 738.* — **Kinderschutz. Soziale Hygiene. Nobécourt.** *Krippen und Heime 738.* — **Nuel.** *Belgisches Gesundheitsgesetz 738.* — **van der Velde.** *Milchversorgung von New York 739.* — *III. Ergänzende Literaturübersicht 739.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Straßburg | **Göppert** Göttingen | **Knöpfelmacher** Wien | **Moro** Heidelberg | **Thiemich** Magdeburg | **Tobler** Breslau

Berend Budapest | **Comba** Florenz | **Johannessen** Kristiania | **Koplik** New-York | **Marfan** Paris | **Thomson** Edinburg | **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XI. **Referate.** Nr. 12.

Sammelreferat über die im Jahre 1911 erschienenen Arbeiten aus dem Gebiete des jugendlichen Schwachsinnes und der psychischen Sonderzustände im Jugendalter.

Von **Dr. Max Klotz** (Schwerin i. M.).

Ich möchte dem Sammelreferate vorausschicken, daß ich nur solche Arbeiten besprochen habe, welche bis zum 1. Dezember 1912 nicht in dieser Monatsschrift referiert worden waren, daß ich ferner alle in unserer engeren Fachpresse abgedruckten einschlägigen Publikationen unberücksichtigt gelassen habe, da ich sie als bekannt voraussetzen darf. Schließlich habe ich noch eine ganze Reihe von Mitteilungen neurologischen, psychologischen, pädagogischen usw. Inhalts, welche ebenfalls bisher kein Referat in dieser Monatsschrift erhalten hatten, deren Kenntnis für den Kinderarzt mir aber von Wert schien, in die vorliegende Arbeit einbezogen.

Die Gruppierung des Stoffes wird manchem Leser willkürlich erscheinen. Doch möge der Kritiker sich vor Augen halten, daß das große Gebiet des jugendlichen Schwachsinnes und der psychischen juvenilen Grenzzustände ein noch wenig erforschtes und systematisch erschlossenes ist. Das Kapitel VI liefert den besten Beweis hierfür und zeigt die unüberwindbaren Schwierigkeiten einer exakten Gruppierung. Dinge, die organisch zusammengehören, müssen im Interesse der Übersichtlichkeit getrennt besprochen werden. Kapitel, wie „Kinder vor Gericht" oder „Fürsorgeerziehung" verdanken also praktischen Gesichtspunkten ihre Selbständigkeit.

Endlich muß ich noch darauf hinweisen, daß es mir nicht mehr möglich war, im Hinblick auf die mir in diesem Jahre zur Verfügung stehende Zeitspanne alle in deutscher Sprache erschienenen Mitteilungen selbst durchzuarbeiten. Ich habe diese Publikationen in Referaten gelesen; sie sind mit einem Sternchen bezeichnet.

Inhaltsangabe.

I. Innere Sekretion.
II. Zerebrale Lähmungen und Verwandtes.
III. Amaurotische Idiotie und andere familiäre Erkrankungen.
IV. Spasmophilie, Epilepsie und Verwandtes.
V. Neuropathologie.
VI. Psychologie. Spezielle Psychopathologie.
VII. Fürsorgeerziehung.
VIII. Kinder vor Gericht.
IX. Verschiedenes.

I.

Innere Sekretion.

Kretinismus, Myxödem, Mongolismus und Verwandtes.

1. **Abels.** Über Manifestwerden von Athyreosis (Myxödem) beim Neugeborenen. Wiener klin. Wochenschr., 1911.
2. **Bircher.*** Ein Beitrag zum Humerus varus cretinosus. Fortschritte a. d. Gebiet d. Röntgenstrahlen, 1911.
3. **Bullard.*** Mongolian idiocy. Boston med. and surg. journ., 1911.
4. **Flinker.** Zur Frage der Kontaktinfektion des Kretinismus. Wiener klin. Wochenschr., 1911.
5. **Derselbe.** Über Körperproportionen der Kretinen. Ebenda, 1911.
6. **Gigon.** Der Stoffwechsel bei Myxödem. Med. Klinik, 1911.
7. **Cornelia de Lange** und **Duker.*** Der Einfluß des Thymus auf die Entwickelung des Kindes. Ned. Tijdschr. f. Geneesk., 1911.
8. **Levi.*** Beitrag zur Kenntnis der essentiellen familiären Mikrosomie. Differentialdiagnose gegenüber Nanismus, Infantilismus und Mischformen. Nouvelle Iconographie d. l. salpetrière, **23.**
9. **Neurath.** Über Fettkinder (hypophysäre und eunuchoide Adipositas im Kindesalter). Wiener klin. Wochenschr., 1911.
10. **Rehm.*** Mongoloide Idiotie. Fortschritte d. Med., 1911.
11. **Sänger.** Forme fruste des Myxödems. Med. Klinik, 1911.
12. **Shuttleworth.** Mongolian imbecillity. Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger, 1911.
13. **Weygandt.** Über Hirnveränderung bei Mongolismus, Kretinismus und Myxödem. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinnes, 1911, **5.**
14. **Vogt.** Idiotia thymica. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinnes, 1911, **5.**

Kretinismus.

Die Kontakthypothese Kutscheras wird von Flinker (4, 5) abgelehnt. Er sah beispielsweise, daß von einem Zwillingspaare, welches von einem Trunkenbold abstammte, der Knabe komplett kretinistisch, das Mädchen dagegen geistig normal war. Ferner spricht

dagegen, daß Kretine mit Familienangehörigen in einem Bette schliefen, ohne den Kretinismus auf dieselben zu übertragen. Die Unterschiede der Körperproportionen zwischen Normalen und Kretinen demonstrierte Flinker in Anlehnung an Quetelet in der Weise, daß er beide in gleicher Bildgröße aus verschiedener Entfernung photographierte. Der Kretin hat die Charaktere des kindlichen Habitus, großen Kopf und sehr kurze Beine. Er ist gleichsam auf einer früheren Entwicklungsstufe stehen geblieben.

Bircher (2) berichtet über den sehr häufig bei Sektionen von Kretinen anzutreffenden Humerus varus. Grund hierfür ist vermutlich abnorme Weichheit der Knochen.

Idiotia thymica.

H. Vogt (14) hat vorgeschlagen, aus dem Gebiet des jugendlichen Schwachsinns die Idiotia thymica abzugrenzen. Maßgebend für die Konzeption dieses neuen Typs von angeborenem Schwachsinn war wohl die Überlegung, daß es gewisse Formen von Infantilismus mit Idiotie gibt, die sich bisher nirgends rubrizieren ließen. Bei der Autopsie fand sich dann fast immer eine persistierende Thymus. Tertium comparationis: die Versuche von Vogt und Klose an Hunden über Thymusausschaltung.

Bei der Obduktion eines idiotischen, kachektischen Kindes, welches an Bronchitis gestorben war, fand sich eine verkümmerte Thymus (1·5 g). Milz (nicht palpabel während des Lebens) war etwas vergrößert. Keine Rachitis. Ergo: Idiotia thymica (Cornelia de Lange und Duker) (7).

Athyreosis und Verwandtes.

Das erstgeborene Kind einer Mutter mit Struma zeigte eine etwas vergrößerte Zunge, offenstehenden Mund, Runzelung der sukkulenten Stirnhaut, wulstige Oberlider, flachen Nasenrücken, stärker als normal geschweifte Tibien. Es bestand ferner Hypothermie und Bradykardie. Die sonst bei Myxödem so häufig vorhandene Anämie wurde durch die blaurote Haut — ohne Zyanose der Schleimhäute — verdeckt. Die auf Myxödem gestellte Diagnose wurde 5 Wochen später autoptisch bestätigt. Die Schilddrüse fehlte völlig. Die Thymus war abnorm klein (Abels [1]). Schwester und Vater der Mutter hatten übrigens gleichfalls Kropf.

Obwohl Sängers (11) Patienten nicht dem Kindesalter angehörten, seien seine Anschauungen hier erwähnt: Es gibt Fälle von Myxödem ohne die charakteristische Hautbeschaffenheit (typischer Obduktionsbefund an der Schilddrüse). Auch die Psyche kann in anderer Weise, als man sonst gewohnt ist, beteiligt oder nicht beteiligt sein.

Sänger sah beispielsweise öfter rein neurasthenische Symptome. Die Symptome der Forme fruste des Myxödems können lange stabil bleiben, ehe sich weitere charakteristische hinzugesellen. Die

eigentümlich blaß-gedunsene Haut und die abnorme Psyche finden sich auch bei Mongolismus, hier erweist sich aber die Schilddrüsentherapie immer als erfolglos.

Merkwürdig war, daß in einem Falle trotz totaler fibröser Entartung der Schilddrüse auf syphilitischer Basis die charakteristische Hautbeschaffenheit fehlte.

Gigon (6) resumiert die Ergebnisse der Untersuchung des Stoffwechsels bei Myxödem dahin: Die direkte Wirkung des Schilddrüsenmangels äußert sich in einer Herabsetzung des Energieumsatzes, des Eiweißumsatzes und wahrscheinlich auch des Wasser- und Salzstoffwechsels. Eine Erniedrigung des Fettstoffwechsels ist noch nicht bewiesen. Als indirekte Wirkung (Fortfall der Förderung durch das chromaffine System und Ausfall der Hemmung durch die Schilddrüse) tritt die Störung im Kohlehydratstoffwechsel ein: erhöhte Toleranz für Kohlehydrate.

Mongolismus.

Shuttleworth berichtet in einer klinischen Studie über den Mongolismus, der bekanntlich in England sehr häufig zu finden ist (5 bis 10% aller Schwachsinnigen).

Mongoloide „sind Erschöpfungsprodukte, d. h. sie hängen von Bedingungen ab, die die mütterlich zeugende Kraft schädlich beeinflussen (vorgeschrittenes, dem Klimakterium nahes Alter, häufige Geburten, neuropathische Belastung, Alkohol, Lues, Tuberkulose usw.)".[1]) Shuttleworth schlägt vor, ähnlich wie bei Frühgeburten usw. die Kürze der Schwangerschaft, so bei mongoloiden Neugeborenen die Unvollkommenheit der intrauterinen Periode durch Verbringen in eine Couveuse (!) zu kompensieren.

Aus Rehms (10) Arbeit interessiert nur die Tatsache, daß mongoloide Idioten auch ein recht hohes Alter erreichen können, wie fremde und Eigenbeobachtungen lehrten. Rehm sah in allen Fällen ein irreguläres Gebiß; die langen Röhrenknochen schienen oft kleiner als normalerweise zu sein.

Mongoloide Gehirne sind durch eine Hemmung der Rindenentwicklung gekennzeichnet; das Kretinengehirn zeigt mehr degenerative, nichtentzündliche Rindenveränderungen (Weygandt) (13).

Hypophysäre Fettsucht.

Neurath (9) gibt eine sehr lesenswerte kritische Beleuchtung der einschlägigen Literatur in Hinblick auf drei eigene Fälle von Adipositas nimia. Verf. nimmt bei seiner ersten Beobachtung an, daß ein Hydrozephalus des dritten Ventrikels zur Druckläsion der Hypophyse führen und trotz anfänglich normalen Genitales das Bild hypophysärer Fettsucht entstehen kann.

---

[1]) Eine ähnliche Hypothese hat bekanntlich Comby geäußert.

Bei den anderen beiden Kindern war der eunuchoide Fettwuchs kombiniert mit epileptischen Erscheinungen auf vermutlich organischer Basis.

Die Arbeit Levis (8) beschäftigt sich mit den verschiedenen infantilistischen Zuständen.

Mikrosomie: Der Körper ist auffallend klein, aber durchaus harmonisch reduziert. Es besteht ferner funktionell somatisch und psychisch keine Abweichung vom erwachsenen Menschen.

Nanismus: (Chondroaplasie, Malum Pottii, Rachitis, Osteomalazie, Kretinismus usw.) Körpergröße disproportioniert reduziert.

Infantilismus: Die Reduktion erreicht nie einen so hohen Grad wie bei Mikrosomie und Nanismus. Persistenz von Charakteren, die einer viel früheren Entwicklungsepoche entsprechen.

II.

Zerebrale Lähmungen und Verwandtes, Kleinhirnmangel.

1. **Anton.** Kleinhirnreflexe bei Agenesie des Kleinhirns (nebst Vorschlägen gegen Seekrankheit). Versamml. mitteldeutscher Neurologen u. Psychiater, 1911.

2. **Higier.** Zwei Fälle von angeborener und familiärer zerebraler Diplegie mit spastisch-ataktischen Symptomen. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 3, S. 933.

3. **Hoestermann.** Zerebrale Lähmung bei intakter Pyramidenbahn. Arch. f. Psych., **49**.

5. **Oppenheim** und **Vogt.*** Wesen und Lokalisation der kongenitalen und infantilen Pseudobulbärparalyse. Journ. f. Psychol. u. Neurol. **18**. Ergänzungsheft, 1911.

5. **Schaffer.** Erfolglose Förster-Operation bei einem Falle von Hemispasmus, (Ungarisch.) Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, 1911, Bd. 3, S. 431.

Es gibt Hemiplegieformen im Kindesalter, die lediglich auf die Rindenzellenschichten (insonderheit die vordere Zentralwindung) beschränkte degenerative Prozesse mit typisch klinischem Bilde, aber intakten Pyramidenbahnen aufweisen. Es besteht in der Rinde ein Ausfall ganzer Schichten oder eine atypische Anordnung beziehungsweise ein Zurückbleiben einzelner Zellen im Wachstum. Obwohl daher die motorischen Zellen anatomisch mit ihrem System verbunden sind, sind sie doch funktionell isoliert. Die Impulse können nicht zu ihnen gelangen.

Die verschiedenen Möglichkeiten in anatomischer Hinsicht werden an sechs Kombinationen erläutert (Hoestermann) (3).

Schaffer (5) glaubt auf Grund eigener und fremder Kasuistik die Resektion hinterer Wurzeln bei hemiplegischen Spasmen als zwecklos bezeichnen zu müssen. Wahrscheinlich überwiegt trotz ausreichender Radikotomie der zentrale Reiz so sehr, daß die Erschlaffung der Muskeln nicht eintritt.

Bornstein berichtet über zwei interessante Beobachtungen von Higier (2) in Warschau.

Zwei Geschwister ($3^1/_4$ und $1^1/_4$ Jahr) haben seit den ersten Monaten epileptische Krämpfe, können weder stehen noch sitzen noch den Kopf halten. Sprechen nicht, verstehen aber leidlich. Leichter Schwachsinn. Nystagmus; Pupillen normal, Extremitätenmuskeltonus gesteigert, Patellarreflexe erhöht. Fußclonus. Kein sicherer Babinski.

Higier klassifiziert die Fälle als familiäre Diplegie von zerebellarem Typ (nahe verwandt der juvenilen Form der zerebellaren Ataxie von P. Marie).

Auf Grund klinischer und pathologisch anatomischer (Vogt) Erwägungen resümiert Oppenheim (4): „Es gibt zwei Formen der infantilen Pseudobulbärparalyse, eine kortikale und eine von den basalen Ganglien ausgehende." Der Symptomenkomplex der infantilen beziehungsweise kongenitalen Glossopharyngolabialparalyse kann bei völliger Unversehrtheit der Hirnrinde und Hemisphären bestehen und durch einen Prozeß im Gebiete des Schwanzkerns und Linsenkerns bedingt sein. Beim hereditären Typ bildet die Entwicklungsanomalie dieser Ganglien die ätiologische Grundlage. Es handelt sich bei diesem Typus weniger um Lähmungserscheinungen als um spastische Kontrakturen und choreatisch-athetotische Zustände in der Bulbärmuskulatur und anderen Körpermuskeln.

„Wahrscheinlich spielt der Ausfall beziehungsweise kongenitale Mangel von Hemmungsapparaten in der Genese dieser Zustände eine wesentliche Rolle."

Die eingehenden Untersuchungen von C. Vogt an einem „hereditären" Falle förderten eine weitgehende Atrophie des Nucleus caudatus und Nucleus lentiformis zutage. Auf die besonderen Charaktere dieser Atrophie kann hier nicht eingegangen werden. Die ferner konstatierte Verbreiterung der inneren Kapsel „wird durch Schrumpfung des Streifenhügels vorgetäuscht".

Anton (1): 6jähriges, auffallend schreckhaftes Mädchen, welches erst mit 3 Jahren sprechen lernte und auch jetzt noch mangelhaft artikuliert. Proportioniertes, aber zurückgebliebenes Körperwachstum. Beim Sitzen und Stehen wackelt der Kopf. Augen, Ohren ohne wesentlichen Befund. Etwas Unsicherheit beim Zugreifen. Auf die Füße gebracht und sich selbst überlassen, stürzt das Kind zusammen. Die Reaktion auf Drehnystagmus (Barany) ist viel lebhafter als bei anderen Kindern. Das Röntgenbild ergibt sehr stark verdickte Knochenmassen an den basalen Teilen des Hinterhauptschädels (kompensatorisches Knochenwachstum). Es besteht ferner eine Volumzunahme des Großhirns (Kompensation) und eine Verdünnung der entsprechenden Teile des Hirnschädels.

III.

Amaurotische Idiotie und andere familiäre Erkrankungen.

1. **Dsershinsky** und **Koshewnikow.*** Eine besondere Form von familiärer Myoklonie (Myoclonia familiaris nocturno-atactica). Journ. f. Neuropath. u. Psych., 1911, Bd. 2.

2. **Dutoit.** Die familiäre amaurotische Idiotie. Med. Klinik, 1911.

3. **Flatau** und **Sterling.** Progressiver Torsionsspasmus bei Kindern. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **7**, 1911.

4. **Oppenheim.** Über eine eigenartige Krampfkrankheit des kindlichen und jugendlichen Alters (Dysbasia lordotica progressiva, Dystonia musculorum deformans). Neurol. Zentralbl., 1911, **30**. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., **4**, 1912.

5. **Silberstern.** Über die Gesundheitsverhältnisse der Jugendblinden und über eine eigenartige Krankheitsform (Nierenaffektion familiär Amaurotischer). Wiener klin. Wochenschr., 1911.

6. **Willige.** Über Paralysis agitans im jugendlichen Alter. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, **4**, 1911.

7. **Ziehen.** Torsionsneurose. Demonstration im Berliner Psychiatrischen Verein. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, **68**, 1911.

Silberstern (5) sieht die Nierenaffektion bei Tay-Sachsscher Idiotie als den Ausdruck kombinierter Heredodegeneration an, da äußere Ursachen nicht festzustellen waren.

Bei vier Mitgliedern einer Familie fanden sich leichte Ataxie der Beine, gesteigerte Knie- und Achillessehnenreflexe und vornehmlich nächtliche Zuckungen von myoklonischem Charakter (Dsershinsky und Koshewnikow (1).

Dutoits (2) Arbeit ist ein kurzes Sammelreferat über meist ältere Literatur.

Willige (6) glaubt sich berechtigt, die Fälle echter Paralysis agitans im Kindesalter, bei denen eine Heredität vorliegt, als einheitliche Gruppe der juvenilen familiären Paralysis agitans zusammenfassen zu dürfen. Die Heredofamiliarität hat nämlich bei der Hälfte aller sicheren Fälle von Schüttellähmung eine ätiologische Bedeutung — im Gegensatze zur senilen Paralysis agitans. Die andere Hälfte der von Willige kritisch gesichteten Literatur zeigt vor allem die pathogenetische Rolle der Infektionskrankheiten für die Entstehung der Paralysis agitans; Trauma, Überanstrengung treten zurück.

Die Verlaufsweise usw. der juvenilen Paralysis agitans ist die gleiche wie bei der senilen. Multiple Sklerose bildet eine häufige Komplikation.

* * *

In den folgenden drei Mitteilungen wird von verschiedenen Autoren eine neue familiäre und anscheinend wie die amaurotische Idiotie auf die jüdische Rasse beschränkte Erkrankung des Kindesalters beschrieben, welche bis jetzt in der engeren Fachpresse noch wenig gewürdigt wurde.

Die Namen Oppenheim und Ziehen sind eine Bürgschaft dafür, daß wir die neue „Torsionsneurose" als Erkrankung sui generis aufzufassen haben und eine Veranlassung für den Referenten, den Mitteilungen einen breiteren Platz einzuräumen.

1. Ziehen (7) hat bis jetzt fünf typische und einige atypische Fälle einer eigenartigen Krampfneurose beobachtet, die nur bei

russischen jüdischen Kindern (von 8 bis 15 Jahren), darunter drei Geschwistern, auftraten. Es handelt sich um fast ununterbrochene tonische Krämpfe von wechselnder Intensität, welche zu den schwersten Verkrümmungen von Kopf, Rumpf und Extremitäten führen. In zwei Fällen fiel besonders die starke Lordose auf. Klonische Komponenten nur selten. Im Schlaf Sistieren. Schmerzen fehlten anscheinend. Suggestion, Ablenkung usw. erwiesen sich als unwirksam. Durch Affekt leichte Verschlimmerung. Sensible und sensorische Störungen, zerebellare Symptome, Abnormitäten der Reflexe waren nicht festzustellen. Nur in einem Falle hysterische, superponierte Symptome und in einem andern vorübergehende psychotische Störungen.

Ziehen nimmt nahe Beziehungen zur Hemiathetose an, hält aber an der Selbständigkeit des Krankheitsbildes fest. Die extremen tonischen Krämpfe seien ganz eigenartig und der „torquierte" Gang geradezu pathognomonisch. Die Therapie erwies sich bis jetzt als ohne jeden Erfolg. Als provisorische Benennung schlägt Ziehen den Namen tonische Torsionsneurose vor.

2. Oppenheim (4) gibt folgende Schilderung eines noch nicht beschriebenen, bei jüdischen Kindern von 8 bis 14 Jahren beobachteten Symptomenkomplexes, dessen auslösende Ursachen unbekannt sind (Dysbasia lordotica progressiva).

„Die Entwicklung ist eine schleichende. Zuweilen sind es die unteren, häufiger, beziehungsweise in der Regel, die oberen Extremitäten, in denen die ersten Beschwerden empfunden werden. Aber mag das Leiden auch in einem der Arme beginnen, in der Folge werden die Beine vorwiegend ergriffen beziehungsweise es ist vorwiegend und in immer prononcierterer Weise die bei der Fortbewegung in Aktion tretende Muskulatur der Oberschenkel, des Beckens und der Wirbelsäule, an welcher das Leiden sich offenbart.

Während nämlich die in der Rückenlage nachweisbaren Erscheinungen verhältnismäßig unbedeutende sind und nur ausnahmsweise einen höheren Grad erreichen, zeigt der Patient beim Stehen und mehr noch beim Gehen in die Augen fallende Symptome, und so beziehen sich auch seine Klagen fast ausschließlich darauf, daß er in der Fortbewegung aufs äußerte behindert sei.

Beim Stehen und mehr noch beim Gehen bietet sich uns nun ein ganz ungewöhnlicher Anblick dar. Die Haupterscheinung ist eine beträchtliche Lordose oder Lordoskoliose der unteren Brust- und Lendenwirbelsäule mit starker Neigung des Beckens und starkem Vorspringen der Nates. Auch die Beine haben gewöhnlich schon beim Stehen eine Tendenz zu abnormer Haltung, indem das stärker betroffene gewöhnlich im Hüft- und Kniegelenke gebeugt gehalten wird oder Patient bestrebt ist, die Hauptlast des Körpers auf ein Bein zu legen; auch kann eine Ein- und Auswärtsdrehung damit verbunden sein. Der Kranke hat Mühe zu stehen und ist gezwungen, seine Position zu wechseln.

Weit sinnfälliger und ausgiebiger werden diese Stellungsanomalien beim Gehen. Die Gangart dieser Patienten gehört zu den eigenartigsten und wunderlichsten, die dem Verf. bislang begegnet ist, die Verkrümmungen gehen weit über das hinaus, was wir bei den Poliomyelitiskranken und den Dystrophikern zu sehen gewohnt sind. Und gerade der Gang ist es, der jedem, der dieses Leiden zum ersten Male beobachtet, den Verdacht der Erkünstelung, des Psychogenen, Hysterischen erwecken muß, wie Verf. denn bei seinen ersten Fällen die Diagnose Hysterie stark in Erwägung gezogen habe und bei den späteren von seinen Assistenten die Diagnose Hysterie anfangs gestellt worden ist.

Die schon beim Stehen geschilderten Haltungsanomalien erfahren beim Gehen eine erhebliche Steigerung, die Lordoskoliose markiert sich stärker, der Rumpf wird dabei entweder nach hinten geworfen oder in der Regel stark nach vorn und einer Seite geneigt."

In der Ruhe ist ein Gemisch von Hypertonie und Hypotonie vorhanden. Die Sehnenreflexe sind abgeschwächt, dabei aber tritt eine Neigung zu aktiver Kontraktur, besonders bei dem Versuche zu gehen, hervor. Oppenheim setzt feine Veränderungen im Nervensystem als Grundlage des Leidens voraus.

3. Bei den Fällen von Flatau und Sterling handelt es sich um zwei jüdische Knaben von 8 beziehungsweise 11 Jahren, die physisch und psychisch völlig normal entwickelt waren und bei denen sich schleichend ein eigenartiges Leiden offenbarte, das hauptsächlich als ein generalisierter Muskelspasmus von ziehendem und drehendem Charakter bezeichnet werden konnte. Die Knaben boten, sobald die Spasmen begannen, ein eigenartiges Bild, indem der Körper durch die torquierenden Spasmen ein bizarres chlownartiges Aussehen erhielt. Trotz energischen Ankämpfens gelang es den Kindern nicht, den Spasmus zu unterdrücken. Im Gegensatze zu den mehr „harmonischen" Bewegungen bei Athetose traten beim Torsionsspasmus von Zeit zu Zeit ruckweise Stöße auf, wie wenn eine „verborgene Sprungfeder den merkwürdigen Mechanismus in Gang setzte". Auch federte und zitterte mitunter eine Extremität klonisch. Die spasmodischen Erscheinungen traten nie bilateral synergisch auf, sondern meist dissoziiert.

Essen, Trinken, Aus- und Ankleiden waren naturgemäß schwer oder gar nicht ohne fremde Hilfe möglich. Je geringfügiger die beabsichtigte motorische Leistung war, um so ungeheuerlicher arbeiteten die Muskeln. Bei dem zweiten, weniger intensiv erkrankten Knaben ähnelte der Gang nach vorne dem Danse du ventre, während nach rückwärts und seitwärts ganz normal gegangen wurde. Die Reflexe waren allseits normal, desgleichen die Sensibilität. Hysterie war durchaus auszuschließen.

Besonders wichtig erscheint den Autoren die Abgrenzung ihrer Fälle von der Athétose double, die Differentialdiagnose wird daher eingehend erörtert.

„Der Beginn der Erkrankung ist bei der neuen Krampfform ein ganz eigentümlicher, indem der Krampf sich zunächst in einer Extremität, und zwar zumeist in einem Fuß einzustellen pflegt. Es entsteht dadurch eine ziemlich charakteristische Gangstörung, indem in diesem Fuß Hypertonie entsteht und dieser beim Gehen im Sprunggelenk umknickt, nach hinten wegrutscht, nach außen dreht und sich am andern Fuß reibt. Der Kranke tritt dabei mit der Fußspitze auf."

„Der Typus der Bewegungen ist bei der neuen Krampfform von vornherein und auch bei weiterer Entwicklung des Leidens ein hypertonisch-spasmodischer von ziehendem und drehendem Charakter." „Während die athetotischen Bewegungen bei der Athétose double nicht

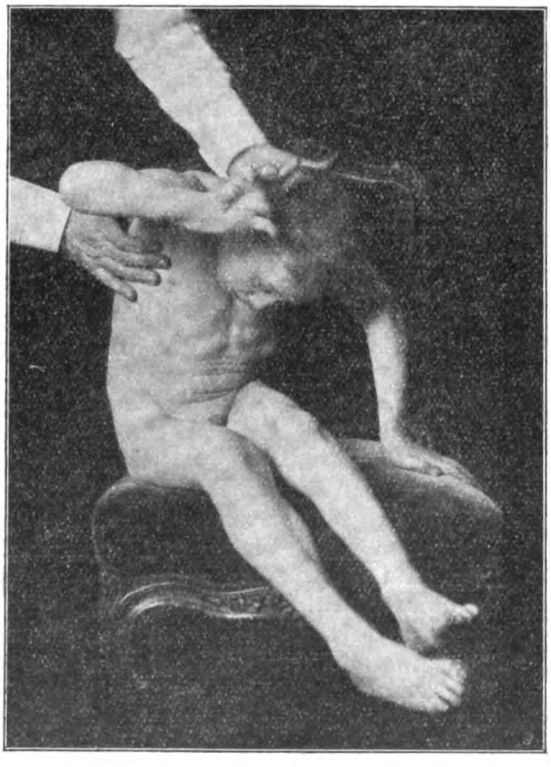


Fig. 1.

nur einen langsamen, sondern auch fließenden, schlangenartigen, harmonisch biegsamen Charakter zeigen, bemerkt man den Bewegungen bei der neuen Krampfform einen stoß- und ruckweisen Beizug an. Es treten ferner mitunter bei diesem letzteren Leiden auch Bewegungen von anderen Typen hinzu, indem einerseits motorische Akte von großen Amplituden etwa wie bei Hemiballismus ausgeführt werden, anderseits aber zitternde Bewegungen in der Art der Paralysis agitans oder der multiplen Sklerose gelegentlich das Bild komplizieren."

„Die Hilfsbewegungen, die zwar auch bei der Athétose double vorkommen können, tragen bei der neuen Krampfform einen bizarren Charakter und stehen in keinem logisch postulierbaren Verhältnis zu der Kraft des Spasmus (z. B. ein leises Anlegen einer maniriert gestellten

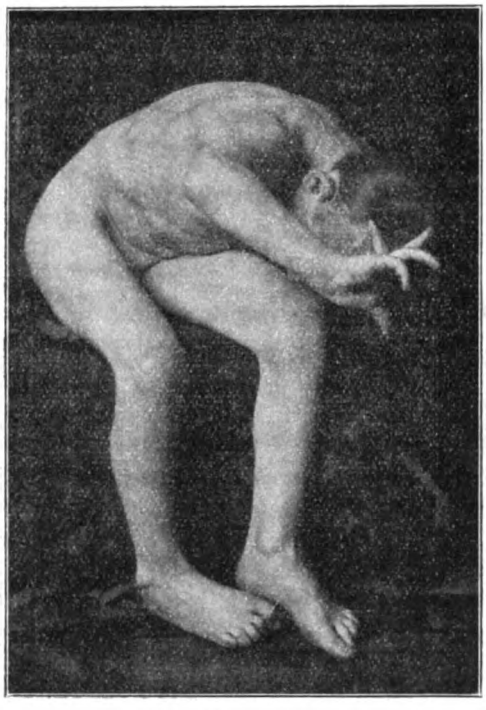


Fig. 2.

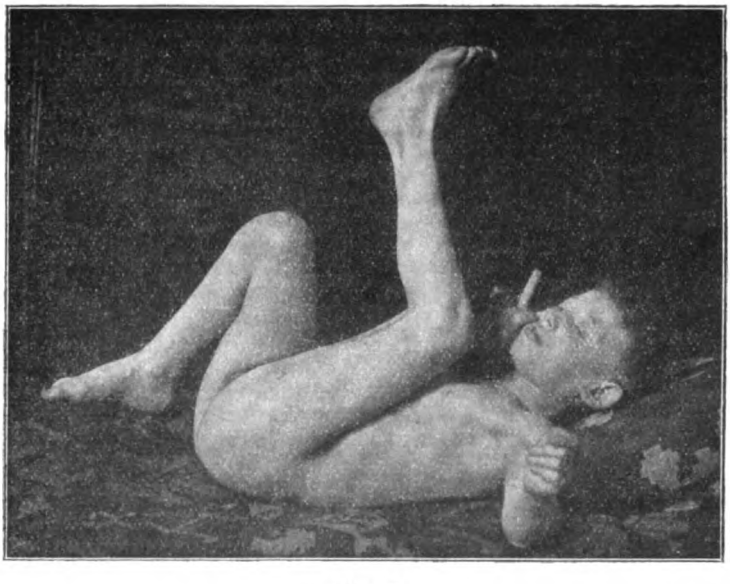


Fig. 3.

Hand an das Kinn des spasmodisch gesenkten Kopfes hebt den Krampf auf!).“

Die Lokalisation des Krampfes bevorzugt bei der Athétose double die distalen Teile, dagegen werden bei der neuen Krampfform die proximalen Gliederabschnitte besonders stark betroffen. Das Gesicht bleibt völlig intakt, während dasselbe bei der Athétose double fast immer und häufig sogar im Beginn betroffen wird.

„Die Intelligenz, die bei der Athétose double nur in seltenen Fällen intakt bleibt, blieb in sämtlichen bis jetzt publizierten Fällen der neuen Krampfform ganz verschont.“ „Hysterische Phänomene

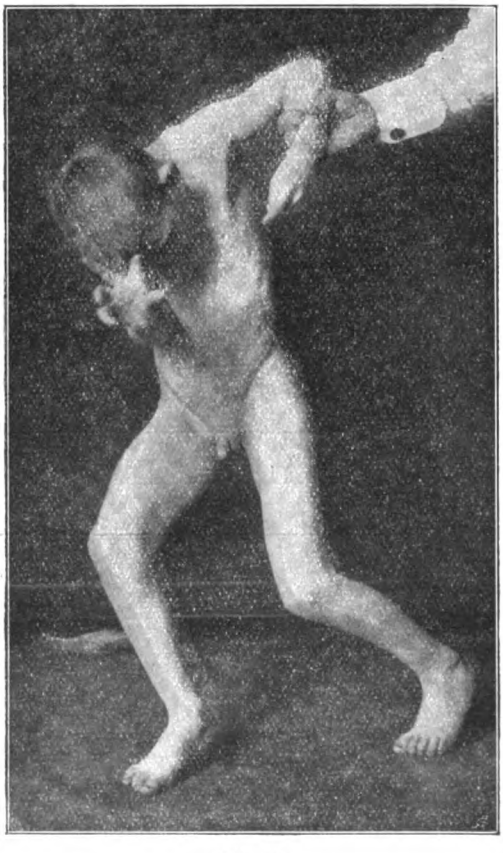


Fig. 4.

kommen gar nicht vor oder werden superponiert.“ Was die Ätiologie des Torsionsspasmus anbelangt, so war in beiden Fällen ein Unterschenkeltrauma voraufgegangen.

Bezüglich der Benennung wenden sich die Autoren gegen die Namen: Tonische Torsionsneurose (Ziehen), da eine Neurose nicht anzunehmen ist. Sie glauben vielmehr, daß es sich um ein anatomisch bedingtes Leiden handelt, „vielleicht in denselben Kleinhirn-Bindearmbahnen, die neuerdings zum Sitze der choreatisch-athetotischen

Bewegungen erwählt worden sind". „Mit der von Oppenheim vorgeschlagenen Bezeichnung (Dysbasia lordotica progressiva, Dystonia musculorum deformans) können wir uns aus dem Grunde nicht einverstanden fühlen, weil bei manchen, wie z. B. unseren beiden Patienten, das Leiden sich ebenso stark in den oberen wie in den unteren Extremitäten äußert und die Dysbasie nicht das hauptsächlichste Symptom bildet. Auch ließ sich bei unseren Patienten keine Hypotonie nachweisen und wir glauben ferner, daß dem Worte

Fig. 5.

deformans etwas Stabiles innewohnt, was hier bei dem wesentlich mobilen Krampf eben nicht zutrifft."[1])

[1]) Da man sich auch trotz noch so eingehender Beschreibung keine rechte Vorstellung von der Torsionsneurose bilden kann, habe ich durch Vermittlung von Prof. Lewandowsky, Berlin, die Herren Flatau und Sterling um Überlassung der von ihnen publizierten Photographien gebeten, was in liebenswürdiger Weise geschehen ist.

IV.

Spasmophilie, Epilepsie und Verwandtes.

1. **Becker.** Eine ungewöhnlich starke Reaktion auf Anwendung der Methode nach Toulouse-Richet bei einem Epilepsiefall. Allgem. Zeitschr. f. Psych., 1911.
2. **A. Bornstein.** Untersuchungen über die Atmung der Geistes- und Nervenkranken. IV. Die Erregbarkeit des Atemzentrums, besonders bei Epileptikern. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol., 1911.
3. **Briand.*** Du danger pour les épileptiques, de s'endormir dans le décubitus abdominal. Bull. d. l. soc. clin. d. méd. ment., 1911.
4. **Buchbinder.*** Einige nach epileptischen Krampfanfällen beobachtete körperliche Veränderungen vorübergehender Art. Vierteljahrschrift f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätswesen, **41**, 1911.
5. **Chartier.*** Epilepsie avec bradycardie paroxystique, d'origine cérébrale. L'encephale, **6**, 177. 1911.
6. **Davenport** and **Weeks.*** A first study of inheritance of epilepsy. Journ. of Nervous a Mental Dis., **38**, 1911.
7. **Friedmann.*** Zur Kenntnis der nichtepileptischen Absenzen. Vortrag, gehalten auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsruhe. 1911.
8. **Haberfeld.** Die Epithelkörperchen bei Tetanie und bei einigen anderen Erkrankungen. Virchows Arch., **203**, 1911.
9. **Heller.** Über einen Fall von epileptischer Sprachstörung. Zeitschrift f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns, **5**, 1911.
10. **Ibrahim.** Über Tetanie der Sphinkteren, der glatten Muskeln und des Herzens bei Säuglingen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1911.
11. **Derselbe.** Über respiratorische Affektkrämpfe im frühen Kindesalter (das sogenannte „Wegbleiben" der Kinder). Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, **5**, 1911.
12. **Jamin.** Über Spasmophilie. Vortrag, gehalten auf der Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Psychiater in Baden-Baden 1911. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 1911.
13. **Joedicke.** Die Bewertung kochsalzarmer und kochsalzreicher Nahrung für die Therapie der Epilepsie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Psych., **5**, 1911.
14. **Mann.*** Erregbarkeitssteigerung bei narkoleptischen Anfällen. Zeitschr. f. med. Elektrologie, 1911.
15. **M. Meyer.*** Zur Frage der Toxizität des Epileptikerblutes. Vortrag, Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Psychiater in Baden-Baden, 1911.
16. **Olivier** et **Boidard.*** Deux cas d'hypothermie chez des épileptiques. Rev. d. Psychiatrie, **14**, S. 362.
17. **Redlich.** Tetanie und Epilepsie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., **30**, 1911.
18. **Ziehen.** Zur Lehre von den psychopathischen Konstitutionen. Charitéannalen, 1911.

Ibrahim (10) erläutert an der Hand einiger sehr interessanter Beobachtungen und anderer Fälle der Literatur die Beteiligung der Sphinkteren (insonderheit des Sphincter vesicae) und der glatten Muskulatur (z. B. einseitiger Krampf des Dilatator pupillae) an der Tetanie. Fälle von plötzlichem Herztod — auch ohne Laryngospasmus — lassen die Annahme zu, daß auch der Herzmuskel sich primär an den tetanoiden Krampfzuständen beteiligen kann, daß „in einem Teile der Fälle das plötzliche Versagen des Herzens als primäres Tetaniesymptom zu deuten ist, als eine den Karpopedalspasmen, dem Glottiskrampfe, der Eklampsie koordinierte Er-

scheinung." Ibrahim möchte vorschlagen, es ε bezeichnen.

Was Jamin (12) noch alles unter Spasm erläutert am besten das ungekürzte Autoreferat

Unter den eklamptischen Krampfanfällen d sind drei Formen zu unterscheiden. Die eine ko der Erwachsenen nahe: sie befällt Kinder im Alt bis 2 Jahren und ist gekennzeichnet durch den [illegible], die Karpopedalspasmen, die mechanische Übererregbarkeit der peripherischen Nerven (Fazialisphänomen, Trousseau usw.) und die Steigerung der galvanischen Erregbarkeit derselben (KÖZ unter 5 MA, AÖZ größer als ASZ und gleichfalls unter 5 MA). Die Ätiologie ist noch unklar: für alle in Betracht kommenden Faktoren: Hereditäre Veranlagung, Epithelkörperchenschädigung beziehungsweise deren relative Insuffizienz, Nahrungsschädigung fehlen noch die zwingenden Beweismomente. Kuhmilchmolke kann gelegentlich in minimalen Mengen krampfsteigernd wirken, doch ist weder der Kalk, noch das Natrium, noch nach des Vortragenden eigenen Untersuchungen das Kalium direkt anzuschuldigen. Die klinische Beobachtung, an Kurven demonstriert, läßt auf eine Vergiftung in doppelter Hinsicht schließen: qualitativ die Überempfindlichkeit gegen Kuhmilch überhaupt, quantitativ die Überempfindlichkeit gegen geringe Mengen, die erst nach längerer Beobachtung größerer Toleranz weicht. Als eine zweite Form kann die Krampfneigung besonders bei Mehlnährschäden, von Hochsinger Myotonie genannt, gelten. Endlich kommen eklamptische Zustände schon in den ersten Lebenstagen und im Säuglingsalter als Ausdruck der infantilen Empfindlichkeit des Gehirns bei allen lokalen Reizzuständen, außer der Enzephalitis, Meningitis und Meningitis serosa nach Art des Meningismus der Erwachsenen und größeren Kinder bei Traumen und Infektionen vor: außer Syphilis, Miliartuberkulose sind besonders die häufigen Fälle von okkulter Nabelsepsis zu beachten. Auch hier sieht man Karpopedalspasmen, Laryngospasmen. Mechanische Übererregbarkeit im Fazialisgebiete kann durch die mehr tonischen Lippenreflexphänomene vorgetäuscht werden. Die elektrische Erregbarkeit ist vorübergehend etwas erhöht, doch kommt es nicht zur KÖZ unter 5 MA. Nahrungsänderung ist ohne Einfluß auf die Wiederkehr der oft einseitig lokalisierten Krampfanfälle.

In der Praxis ist zunächst jeder unklare Fall von infantiler Eklampsie als Vergiftung mit Hungerdiät, Darmspülung, Narkotizis zu behandeln, weil dadurch am besten der Lebensgefahr bei den tetanischen Zuständen vorgebeugt wird. Tetanie wird zweckmäßig molkefrei mit Mehl- und Milchmischungen ernährt. Auch Frauenmilch beseitigt nicht immer die Übererregbarkeit und die Krämpfe. Phosphorlebertran ist geeignet, die Toleranz gegen Kuhmilch in mehreren Wochen bis zum normalen Verhalten zu heben.

Redlich (17) streift am Schlusse seiner beachtenswerten und rein sachlich gehaltenen Ausführungen über Tetanie und Epilepsie bei Erwachsenen auch die Spasmophilie. Er steht der Anschauung

Niemichs, daß die spasmophilen Krämpfe nicht mit Epilepsie zu identifizieren sind, zweifelnd gegenüber und gibt nach seinen Erfahrungen zu bedenken, ob nicht die Spasmophilie eine Disposition für Epilepsie setzt.

Hellers (9) Beobachtung betrifft einen achtjährigen, etwas debilen Knaben. Dem epileptischen Anfall geht ein elementarer Redeschwall voraus, der zuletzt nur noch aus unartikulierten Silben besteht. Nach Ablauf der klonisch-tonischen Krämpfe wird von neuem sinnloses Zeug geredet, bis endlich wieder vernünftige Gedanken im Redestrom auftauchen und nach einem Endstadium von Echolalie müdes, dumpfbrütendes Verstummen — oder sehr selten Schlaf — eintritt.

Die — im Lichte der Mendelschen Forschungen — gesammelten Beobachtungen Davenports (6) und seines Mitarbeiters an Stammbäumen eines Epileptikerdorfes ergeben folgendes:

Sind beide Eltern epileptisch oder geistesschwach, so sind es auch alle Kinder. Sind Normale mit Defekten verheiratet, so ist etwa die Hälfte der Nachkommen normal, die anderen sind defekt. Sind beide Eltern belastet, aber normal, so sind 30% der Kinder defekt.

Bornstein (2) kommt zu folgenden Ergebnissen: Die Erregbarkeit des Atemzentrums war bei allen Epileptikern herabgesetzt, ohne daß dabei die Anfälle irgendwie beteiligt schienen. Der Autor glaubt, daß die funktionellen Veränderungen des Atemzentrums sicher eine Stütze sind für Binswangers Theorie (Miterregung infrakortikaler motorischer Zentralganglien beim Beginne der Konvulsionen), denn sie beweisen, daß eine „epileptische Veränderung" in der Medulla oblongata vorhanden ist."

Haberfelds (8) Arbeit ist ganz auf dem Boden Erdheims gewachsen. Ohne insuffiziente Beischilddrüsen keine Tetanie. Eine anatomische Läsion braucht nicht vorhanden zu sein: die Epithelkörperchen können auch durch große Ansprüche, die an ihre Funktion gestellt werden, geschädigt werden. Durch Blutungen kann ferner das Wachstum der Beischilddrüsen leiden; es kommt zu einer erworbenen Hypoplasie.

Jödickes (13) Versuche mit kochsalzreicher und -armer Kost hatten folgendes Ergebnis: Bei starker Kochsalzentziehung (4 Wochen hindurch) traten bei einer großen Reihe von Kranken erhöhte Reizbarkeit, Alkoholdelirien-ähnliche oder stuporöse Zustände auf. Männliche Kranke reagierten viel stärker als weibliche. Im Gegensatze dazu führte ein ebensolange durchgeführtes chlorreiches Regime (bis 35 g Kochsalz pro Tag) keine Schädigungen der Versuchspersonen herbei. Was die epileptischen Anfälle betrifft, so hatte die kochsalzarme Periode keine Abnahme, die kochsalzreiche keine Zunahme derselben im Gefolge. Es kommt nach Joedicke ohne Brom der kochsalzarmen Kost kein Heilwert zu.

Becker (1) sah bei einem Falle akute Verschlimmerung unter kochsalzarmer Diät.

Briand (3) berichtet über Tod im epileptischen Anfall durch Ersticken infolge Schlafens auf dem Bauche.

Olivier und Boidard (16) beobachteten bei den epileptischen Anfällen eines 15jährigen Idioten rektale Temperaturen von 34·8 bis 32·6°, die unmittelbar vor dem Tode bis auf 27° fielen.

Meyer (15) berichtet über folgende Versuchsergebnisse: Mit defibriniertem Blute von Epileptikern (im Anfalle) injizierte Meerschweinchen bekamen 1 bis 5 Stunden darauf typische serienweise Krämpfe. Handelte es sich um Blut aus anfallsfreien Perioden, so zeigten sich Unterschiede in den Folgen, je nachdem der letzte Anfall längere oder kürzere Zeit zurücklag und wie schwer er gewesen war.

Meyer glaubt aus diesen und anderen Versuchen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, jedenfalls den einen Schluß ziehen zu dürfen, daß man eine Toxämie bei Epilepsie nicht glatt ablehnen soll, wie es vielfach geschieht.

Während epileptischer Anfälle sah Chartier (5) die Pulsfrequenz von 70 bis 75 auf 45 bis 52 herabgehen. Ähnliches beobachtete Buchbinder (4), welcher die eigenartige Bradykardie sogar bei leicht febrilen postparoxysmalen Verwirrungszuständen vorfand. Er fand auch, daß die Pupillenreaktion nicht immer erloschen zu sein braucht, sondern von der Intensität der Beleuchtung abhängig sein kann.

Im Zusammenhange hiermit sei die Arbeit Ibrahims über respiratorische Affektkrämpfe im frühen Kindesalter (11) besprochen. Ibrahim wählt die Bezeichnung respiratorische Affektkrämpfe, weil die vulgäre Benennung Wutkrampf nicht richtig sei, denn es gibt zahlreiche Wutanfälle ohne Atemstillstand und anderseits ist nicht die Wut allein der einzige auslösende Affekt. „Wegbleiben" paßt auch nicht, da es in leichteren Fällen nicht zum Bewußtseinsverlust kommt. Ibrahim lehnt sich daher mit dem gewählten Ausdruck respiratorische Affektkrämpfe, der nichts präjudiziert, eng an Bratz' Affektepilepsie an, dessen Nomenklatur „epileptisch" er mit Recht beanstandet, denn die Affektepileptiker Bratz' sind eben keine Epileptiker.

Durch langdauernde Beobachtung eines lehrreichen Falles erbringt Ibrahim den Beweis, daß das „Wegbleiben" nichts mit der Tetanie zu tun hat. Auch mit Epilepsie hat die Affektion wahrscheinlich nichts gemein, dagegen ist neuropathische Belastung deutlich.

Charakteristisch für die respiratorischen Affektkrämpfe ist die ausschließliche Abhängigkeit von Gemütserregungen und der Atmungsstillstand. Der Bewußtseinsverlust kommt erst in zweiter Linie.

Ibrahim nimmt an, daß sowohl inspiratorische wie exspiratorische Apnöe den Atmungsstillstand bedingen können. Die Prognose ist gut. (Nach dem fünften Lebensjahre treten die Anfälle kaum

mehr auf.) Daß bei schwer neuropathisch belasteten Kindern natürlich auch manchmal eine Katastrophe eintreten kann, leuchtet ein. Pathogenetisch spielt nach Ibrahims Auffassung ein abnormer Reflex, ein „pathologischer Bedingungsreflex", eine Rolle. Der Schreiakt im Affekte — nicht jedes Schreien und nicht jeder Affekt; nur das krampfhafte Schreien im stärksten Affekt — ist der Bedingungsreiz, der bei neuropathischen Kindern zu einem Krampfe der Atmungsmuskeln und zu inspiratorischem Atmungsstillstand oder spastischem Glottisverschlusse führt.

Friedmann (7) hat vor 4 Jahren zum ersten Male über seine Fälle von nichtepileptischen Absenzen berichtet, deren Abgrenzung von der Epilepsie von Heilbronner und Mann, welche Analoges berichteten, anerkannt wurde. Im vorliegenden Vortrag äußert sich Friedmann erneut zu dieser Frage.

In den vier ersten Fällen handelt es sich jeweils um sehr lebhafte, sonst normale Kinder zwischen 4 bis 6 Jahren, bei denen plötzlich nach einer Aufregung (z. B. schmerzhaften Operation) ganz kurze Starrzustände auftraten; sie dauerten 10 bis 20 Sekunden, die Willkürbewegung war aufgehoben, das Bewußtsein wohl erhalten; die Haltung schlaff, die Augen stets nach oben gedreht. Die Anfälle kamen jeden Tag und sehr oft, ja, 10- bis 40 mal und mehr. Das Leiden hielt 2 bis 8 Jahre lang an und heilte dann gewöhnlich. Einzelne Anfälle erfolgten meist auch in der Nacht.

Zweimal erfuhr Friedmann auch von Erwachsenen, daß sie das gleiche Leiden in der Kindheit durchgemacht hatten und später gesund geblieben waren. Relativ oft, etwa 30- bis 40 mal, hat Friedmann die ganz analogen partiellen Absenzen bei Erwachsenen beobachtet, hier teils im Zusammenhange mit der Chlorose, am häufigsten mit der typischen Neurasthenie verbunden. Auch die drei neueren Fälle bekundeten den gleichen Typus: beim ersten, einem fast 6jährigen Mädchen, stellten sie sich anscheinend infolge der Erregung vor dem Schulanfange ein, 20- bis 30 mal des Tags und verschwanden hier schon nach 2 Jahren. Im zweiten Falle, bei einem kräftigen und gut begabten 7jährigen Mädchen, verlief das Leiden in drei Perioden von je 7 bis 9 Monaten mit jeweils beinahe 1jährigen Intervallen. Im dritten, bei einem 8jährigen etwas aufgeregten Knaben, bestand die Eigentümlichkeit, daß die Anfälle jedesmal ausgelöst wurden, wenn das Kind aufwärts in das helle Tageslicht blickte. Die Beobachtung dauerte hier nur 5 Monate.

Im ganzen hat Friedmann sechs sichere Fälle kennen gelernt, die alle in ihrer Art sich gleich verhielten: 1. Die Anfälle sind kurz, das Bewußtsein bleibt erhalten; sie treten 2. stets in starker Häufung und täglich auf, teilweise auch nachts, ferner bleibt 3. die ganze Entwicklung der an sich sonst normalen Kinder ungestört. Von einer Degeneration ist ebensowenig die Rede wie von Krampfanfällen. 4. Das Leiden reagiert nicht auf Bromsalze, dagegen evident

auf psychische Einwirkungen. Die Anfälle entstehen fast stets infolge einer starken Aufregung; durch Erwartung, Autosuggestion, einmal auch durch starken Lichtreiz sind die einzelnen Absenzen häufig auszulösen gewesen.

Umgekehrt war es interessant, daß während einer längeren zufälligen Bettruhe sowie bei Landaufenthalten alsbald ein wochenlanges völliges Zessieren der Absenzen bei der Mehrzahl der Kinder eingetreten ist.

Alle diese Eigenschaften sind der eigentlichen Epilepsie fremd. Allerdings kommen auch da Fälle bei Kindern vor, die Absenzen mit erhaltener Erinnerung darbieten. Indessen sah Friedmann (gleich Binswanger) solche Anfälle nie allein für sich, sondern zugleich auch die kompletten Absenzen, und ferner waren auch die ersteren nicht ganz rein (Enuresis, Lauftrieb u. dgl. waren dabei vorhanden).

Das Leiden ist in seiner Art ähnlich der Narkolepsie Gélineaus; im übrigen bietet es zwar hysterische Züge, kann aber doch nicht dieser Neurose angegliedert werden, teils aus allgemeinen Gründen, teils wegen der regulären nächtlichen Anfälle. Die Neurasthenie, die bei Erwachsenen sicher meist die Grundlage der Anfälle darstellt, ist bei Kindern nicht vorhanden gewesen. Der Ursprung des Leidens bei diesen ist somit noch dunkel. Als fehlendes Beweisglied erkennt Friedmann durchaus an, daß seine Beobachtungen noch nicht über die Pubertätsjahre hinausgehen. Die symptomatische Therapie mit Brom ist ohne Erfolg. In der Mehrzahl der Fälle erfolgt nach 2 bis 8 Jahren Heilung.

Mann (14) schildert zwei narkoleptische Anfälle bei Kindern. Beide Kranke erwiesen sich als stark elektrisch übererregbar, ähnlich wie bei tetanoiden Zuständen — ein Verhalten, das vielleicht differentialdiagnostisch gegenüber Epilepsie Bedeutung erlangen dürfte.

Die bedeutsame Bratzsche Arbeit über Affektepilepsie (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXIX, 1911) ist im X. Band der Monatsschrift f. Kinderh. S. 516 und 517 von Thiemich referiert.

Die Berechtigung zur Aufstellung des Symptomenkomplexes der Affektepilepsie wird fast durchweg anerkannt. Den Pädiatern aber liegt damit ein interessantes Forschungsgebiet sozusagen vor der Türschwelle. Denn erstes und zweites Lebensjahrzehnt bilden das Prädilektionsalter der Krämpfe bei den „Frühkriminellen", den „unsteten degenerierten Psychopathen", die mit „wenigen Ausnahmen intellektuell normal" sind, die aber selbst der ungeschulte Blick leicht an ihren neuropathischen Stigmata erkennt.

Auch Ziehen (18) beschäftigt sich mit den pseudoepileptischen Anfällen bei der degenerativen psychopathischen Konstitution. Diese Anfälle werden durch Gelegenheitsursachen (Alkohol, Hitze und Ähnliches) ausgelöst und gleichen ganz den epileptischen. Ziehen schlägt vor, sie epilamptische Anfälle zu benennen.

V.

Spezielle Neuropathologie.

1. **Ebstein.** Hypertrichosis und Spina bifida occulta. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., **43**, 1911.

2. **Peritz.** Enuresis nocturna und spina bifida occulta (Myelodysplasie). Deutsche med. Wochenschr., 1911.

3. **Trömner.** Über motorische Schlafstörungen (speziell Schlaftick, Somnambulismus, Enuresis nocturna). Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., **4**, 1911.

Das Schlafsprechen ist nach Trömner (3) für gewöhnlich nichts Abnormes, nur bei ungewöhnlicher Intensität deutet es auf neuropathische Veranlagung. Beim Schlafwandeln lassen sich im wesentlichen 3 Gruppen (naturgemäß mit Übergangsformen) herausschälen. Erstens planloses Aufstehen und Umhergehen. Viel seltener ist der planvolle Schlafwandel (nach Trömmer ist Lady Macbeth in überaus treffender Weise als klassischer Typ dieser Form von Shakespeare gezeichnet). Ein Zusammenhang mit Epilepsie (Aschaffenburg) ist sehr selten (Trömner, Thiemich). Ein Konnex mit Träumen besteht nicht, Amnesie des Schlafwandlers ist die Regel. Drittens: Schlafaffekthandlungen, die bei Kindern fließend zum Pavor nocturnus hinüberleiten und aller Wahrscheinlichkeit nach ohne Träume verlaufen (Amnesie). Der echte Pavor nocturnus ist dagegen eine Schlafaffekthandlung im Gefolge von angstvollen Träumen mit weniger ausgeprägter motorischer Entladung.

Eine weitere Schlafstörung auf neuropathischer Genese ist der Schlaftick (Oppenheim) oder die Jactatio nocturna Zapperts, wegen der größeren Irritabilität des Gehirns besonders ausgeprägt bei Kindern (Schütteln, Rotieren, Wiegen usw. von Kopf, Rumpf; myoklonische Zuckungen aller möglichen Art). Namentlich letztere treten mit Vorliebe bei Neuropathen der Präpubertätsjahre auf und geben gute Prognose. Leichtere Formen hiervon leiten hinüber zum unruhigen Schlafe sensibler Kinder.

Gegen die motorischen Schlafstörungen empfiehlt Trömner als souveränes Mittel die Hypnose. Nicht spezifisch, aber doch besser als alle anderen Mittel wirkt sie bei unruhigem Schlafe mit Wühlen, Zähneknirschen usw.

Motorische Schlafstörungen im weiteren Sinne sind Enuresis und gehäufte Pollutionen.

Pfister sieht die angeborene Enuresis als Degenerationszeichen, die erworbene zum überwiegenden Teile als Stigma epilepticum an. Trömmer lehnt diese Anschauung ab. Vier Fünftel von Trömners Material boten keine Zeichen geistiger oder körperlicher Schwäche. Epilepsie bestand nur in 1%. Enuresis bei Epilepsie ist also rein mechanisch zu bewerten. Der Zusammenhang von Enuresis und Myelodysplasie (Mattauschek und Fuchs) scheint für Trömner kein ätiologisch beachtenswerter zu sein. Trömner sieht vielmehr die Enuresis als einen aus der Wiege mit ins Leben genommenen Schwächezustand, einen Reflexinfantilismus an. Eine abnorme Schlaftiefe bestand in der Hälfte aller seiner Fälle.

Mittels Hypnose hat Trömner 48% seiner Bettnässer geheilt, glaubt aber, daß dieser Prozentsatz aus äußeren Gründen zu klein ist. Bei Zeit und Muße müßten die meisten Enuretiker durch Hypnose geheilt werden. Die Entfernung von Adenoiden erwies sich zumeist als ohne jeden Wert.

Die Lektüre des Originals, dessen zahlreichen geistvollen Einzelheiten das Referat nicht gerecht werden kann, sei aufs wärmste empfohlen.

Peritz (2) bringt Enuresis und Spina bifida occulta in Kausalnexus, statt sie einfach als zufällige parallele Degenerationserscheinungen (Lewandowsky) anzusehen. Bei der Spina bifida sollen durch ein die Wirbellücken ausfüllendes Narbengewebe hauptsächlich die sensiblen Bahnen der Cauda gedrückt werden.

Dem Einwande, daß die Erfolge pädagogischer Therapie der Enuresis gegen eine solche anatomische Störung sprächen, begegnet er damit, daß durch die erhöhte Aufmerksamkeit die schlechte Reizleitung kompensiert werden könne. Auch die Injektionen nach Cathelin erweiterten den Epiduralraum und wirkten dem Drucke des Narbengewebes entgegen, eine gewagte Hypothese, hinter welche bereits Lewandowsky ein Fragezeichen gesetzt hat.

Vgl. im übrigen das Referat in Bd. XI, Nr. 1 dieser Monatsschrift.

Ebstein (1) rät bei zirkumskripter dorsaler Hypertrichosis eine Durchleuchtung vorzunehmen, da die Palpation eventuell im Stiche lassen kann. In einem Falle sah Ebstein ein Haarbüschel in der Höhe des 2. Brustwirbels. Das Röntgenbild ergab eine Synostose der Brustwirbel 3 bis 8, die keine Dornfortsätze, dagegen offenen Arcus hatten. Am Kreuzbein offener Kanal vom 3. bis 5. Wirbel. Keine Enuresis!

VI.

Psychologie

(Experimentelles und Methodisches).
Anhang: Intelligenz und Kopfumfang.

Psychopathologie

(Intellektuelle Psychosen: Psychopath. Konstitution, Paranoia, Amoralität.
Defektpsychosen: Dementia praecox. Überwertige Leistungen bei angeborenem Schwachsinn).

1. **Altschul.** Die geistige Ermüdung der Schuljugend. Ermüdungsmessungen und ihre historische Entwicklung. Zeitschr. f. Hyg., **69**, 1911.
2. **Berkhan.** Über talentierte Schwachsinnige. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugdl. Schwachsinns, **5**, 1911.
3. **Bobertag.** Über Intelligenzprüfungen nach der Methode von Binet und Simon. Zeitschr. f. angew. Psychol., **5**, 1911.
4. **Dosai-Revesz.** Experimentelle Beiträge zur Psychologie der moralisch verkommenen Kinder. Zeitschr. f. angew. Psychol., **5**, 1911.

5. **Goddard** and **Hill.*)** Delinquent girls tested by the Binet Scale The training school. Juni 1911.
6. **Hahn.** Eigenartige Begabung eines Dreijährigen. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. u. exper. Pädagogik, 1911.
7. **Hollaender.*)** Démence précoce infantile. (Dementia praecocissima.) Thèse de Genève, 1911.
8. **Kahn.** Beobachtungen über Farbenunterscheidung bei Kindern. Inaug.-Dissert., München, 1911.
9. **Kerner.*)** Zur Mortalität der Dementia praecox. Psych. neurol. Wochenschr., **12**, S. 401.
10. **Krusius.** Schielen und Gesamtveranlagung. Med. Klinik, Nr. 26, 1911.
11. **Mayer.** Ein Fall von Kinderpsychose. Wiener klin. Wochenschrift, Nr. 20, 1911.
12. **Reuter.*)** Paranoide Symptome bei einem Kinde. Budapesti Orvosi Ujsag, 1911.
13. **Schröder.** Das Fortlaufen der Kinder. Monatschr. f. Kriminalpsychologie und Strafrechtsref., **8**, S. 257, 1911.
14. **Schubart.** Krankhafte Charakterfehler bei Kindern. Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger, 1911.
15. **Wysman** en **Schreuder.*)** Die psychologische Methode Binet und Simons zur Bestimmung des Grades des Intellektes, angewandt bei Schulkindern in Haag. Zuid en Nord, 1911.
16. **Ziegler.** Zum Kapitel der überwertigen psychischen Leistungen bei Schwachsinnigen. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. u. exper. Pädagogik, 1911.

Kahn (8) hat bei normalen und geistig abnormen Kindern das Farbenunterscheidungsvermögen geprüft mittels zweier Verfahren. Entweder mit der „stummen" oder Wiedererkennungsmethode (gleichfarbige Gegenstände zu einem bezeichneten heraussuchen) oder der „Benennungsmethode". Bei der letzteren Prüfungsart zeigten sich viele Versager, bei der ersten nur ein einziger. Für die Intelligenzprüfung hat die Feststellung des Farbenunterscheidungsvermögens nur einen bedingten Wert.

Altschul (1) bespricht auf breitester Grundlage die Frage der Ermüdbarkeit in einer objektiv gehaltenen, sehr lesenswerten Studie und berichtet über eigene Nachprüfungsergebnisse. Er glaubt nicht, daß wir überhaupt jemals ein absolutes Meßmittel der Ermüdbarkeit ausfindig machen werden können. „Denn wenn wir die Ermüdung zu ‚messen' vermeinen, messen wir eine ganze Menge anderer psychischer, aber gewiß auch somatischer Zustände mit, wie z. B. das vorhandene oder mangelnde Interesse, den Grad der durch momentane Stimmung und Körperbefinden beeinflußten Aufmerksamkeit, die größere oder geringere Ablenkung von der Arbeit durch allerlei Zufälligkeiten usw." Die Ermüdung ist eine natürliche Reaktion und nichts Abnormes, die leichte Ermüdbarkeit ist etwas Pathologisches. „Die Ermüdung ist bei der Arbeit des Berufslebens und auch bei der Arbeit in der Schule etwas mehr oder weniger Nebensächliches; ausschlaggebend ist die größere oder geringere Ermüdbarkeit."

Die Arbeit von Wysman und Schreuder (15) enthält an und für sich nichts Neues. Ich erwähne sie aber hier, weil mir eine Bemerkung, die der Referent dieser Publikation (van der Torren, Hilversum) ihr nachschickt, außerordentlich richtig erscheint. Er

weist nämlich darauf hin, wie schwer es ist, nach Antworten auf gewisse komplizierte Standardfragen die Intelligenz zu bewerten. So muß z. B. die Antwort eines normalen Mädchens auf die Testfrage: Wenn jemand dir fortwährend in allem, was du sagst, widerspricht, was machst du dann? „Dann werde ich seine Freundin", schematisch betrachtet, als Unsinn bezeichnet werden. In Wirklichkeit ist diese verblüffende Antwort aber ganz ausgezeichnet und verrät, wie van der Torren mit Recht bemerkt, „eine sehr praktisch veranlagte Kinderseele".

Bobertags (3) Ausführungen sind sehr eingehend, enthalten eine Fülle von Ratschlägen und ergänzen, beziehungsweise stellen richtig, was an Binet und Simons[1]) Testserien unrichtig oder lückenhaft erscheint. Weitere Arbeiten werden in Aussicht gestellt.

An weiblichen Fürsorgezöglingen vorgenommene Intelligenzprüfungen von Goddard und Hill (5) ergaben folgendes:

Von 56 Mädchen zwischen 14 und 20 Jahren hatten

1	das	Intelligenzalter	von	8	Jahren
12	„	„	„	9	„
12	„	„	„	9	„
14	„	„	„	10	„
14	„	„	„	11	„
11	„	„	„	12	„
4	„	„	„	13	„

Die Untersuchungen von Dosai-Revesz (4) wurden an 40 Knaben im Alter von 9 bis 16 Jahren, die mit dem Gesetz in Konflikt gekommen waren, angestellt. Von ihnen waren 58% schwach, nur 15% gut befähigt, ein Beweis, daß die Intelligenz im allgemeinen hinter derjenigen geistig gesunder Kinder zurückblieb. Die amoralischen Kinder wiesen ebenfalls im Verhältnisse zu geistig gesunden, aber beschränkten Kindern geringere Anlagen im Rechnen, in der Zuverlässigkeit und Suggestibilität und überwiegend auch im Gedächtnisse auf.

„Für die Gruppe der intellektuell schwachen Verkommenen ist es leichter möglich, durch eine, ihren minderwertigen geistigen Fähigkeiten angepaßte Tätigkeit in einem Teile der Fälle eine soziale Anpassung zu erreichen. Jenen anderen Verkommenen gegenüber, deren geistige Fähigkeiten nicht dermaßen gesunken sind, daß wir ihre Anforderungen leicht befriedigen könnten, sind wir vorläufig machtlos."

Schubart (14) schildert 4 Gruppen von Kindern mit pathologischem Charakter: Gemütsstumpfe, abnorm Erregbare, abnorm Willensschwache (beziehungsweise Kinder mit gestörtem Triebleben) und viertens Kinder mit Verstimmungszuständen.

---

[1]) Als Resultat der Prüfung mit Hilfe von empirisch für jede Altersstufe gewonnenen Normaltests wird das jeweilige Intelligenzalter des Prüflings festgestellt.

Schröder (13) unterscheidet fünf Gruppen von Wandervögeln.

1. Echte Poriomanie. Völlig grundloser Wandertrieb (oder im Gefolge von Verstimmungszuständen). Im ersten Falle besteht Amnesie, im zweiten ist das Erinnerungsvermögen ganz oder teilweise erhalten.

2. Fortlaufen ethisch und moralisch Defekter. Absolut ungünstige Prognose.

3. Phantasievolle Durchbrenner, jugendliche Abenteurer, mit im allgemeinen guter Prognose.

4. Leichtverführte (von Gruppe 3).

5. Geisteskranke und geistesschwache Kinder.

Die epileptische Poriomanie ist nach Schröder durch plan- und zielloses Wandern gekennzeichnet, dem eine Verstimmungsperiode vorangeht. Die Prognose ist insofern günstig, als eine sorgfältige Beobachtung die Verstimmungszustände beachten, behandeln und dem Fortlaufen vorbeugen kann.

Krusius (10) weist auf die hereditären Verhältnisse beim Schielen hin und scheidet die schielenden Kinder in zwei Klassen: in debile Psychopathen und in intelligente Psychopathen. Es ist mithin das Schielen nicht bloß ein kosmetischer Defekt, sondern ein Zeichen der neuro- beziehungsweise psychopathischen Konstitution. Krusius legt daher in sehr lesenswerten Ausführungen das Hauptgewicht der Behandlung des Schielens auf psychisch-pädagogische Maßnahmen, auf eine „psychische Hygiene" und auf entsprechende Prophylaxe. Von Operation usw. keine Rede.

Reuter (12) beschreibt eine Psychose bei einem stark belasteten 10jährigen Knaben, der künstlich gefüttert werden mußte, da er sich verfolgt und vergiftet fühlte.

Mayer (11): 5jähriges Mädchen mit Katatonie (wahrscheinlich Frühform von Dementia praecox).

Hollaender (7): 6 Fälle von Dementia praecocissima bei Kindern bis zu 14 Jahren. Die Krankheit verläuft ähnlich wie beim Erwachsenen. Prognose sehr ungünstig.

Ziegler (16) berichtet über einen schwachsinnigen Jungen, der nach dem Gehör von 71 Platten eines Musikautomaten 67, bei einer zweiten Prüfung sogar alle 71 richtig bezeichnete ohne die Titel usw. lesen zu können. Nur nach dem Gesichtseindruck wurden 59, später 62 Platten benannt.

Etwas Ähnliches berichtet Hahn (6) von einem geistesnormalen $2^3/_4$ Jahr (!) alten Jungen, der alle 20 Platten einer Spieldose korrekt bezeichnete, ohne eine Sekunde zu zaudern. Hahn erklärt sich das Phänomen so, daß der Knabe über ein außergewöhnlich scharfes Auge verfügt, so daß er dort noch charakteristische Unterschiede erblickte, wo ein gewöhnlicher Sterblicher nichts bemerkte. Das „Wunderkind" irrte sich in der Angabe des Textes der Platten nämlich auch dann nicht, wenn man dieselben bis auf ein markstückgroßes Stück des Randes abdeckte. Den Beweis für diese Auffassung erblickt Hahn darin, daß, nachdem die verständigen Eltern, um

dem Wunderkindrummel ein Ende zu machen, Platten und Spieldose entfernt hatten, der Knabe nach einem halben Jahre keine einzige Platte mehr richtig benennen konnte.

Berkhan (2) stellt zahlreiche Fälle talentierter Schwachsinniger zusammen. Besonders häufig findet sich zeichnerische Begabung, dann musikalische, ferner enorme, rein mechanische Gedächtnisleistungen und bemerkenswertes Rechentalent.

Berkhan berichtet dann über eine eigene Beobachtung bei einem Schwachsinnigen, der jetzt öffentlich als Rechenkünstler auftritt.

Wie wenig Cortex zur Ausübung von Musik gehört, sah Referent kürzlich bei einem halbwüchsigen Imbezillen, der, in der Anstalt groß geworden, ohne einen Schimmer theoretischer oder praktischer musikalischer Vorkenntnisse, die Geige eines neueintretenden Wärters in die Hand bekommt und nach wenigen Fiedelversuchen alle Lieder, die er kennt, fehlerlos vorträgt. Ich erinnere mich ferner an einen akademischen Musikdirektor und Professor, der sich in engeren Kreisen produzierte, indem er beliebige, von einem Dritten auf dem Klavier angeschlagene Töne benannte, es aber nie auf 12 Treffer hintereinander brachte. In unserer Anstalt macht ein schwachsinniges Mädchen dasselbe Kunststück, verhaut sich aber niemals, auch wenn man noch so lange prüft.

Kopfumfang und Intelligenz.

1. **Bayerthal.*** Über den gegenwärtigen Stand meiner Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Kopfgröße und Intelligenz im schulpflichtigen Alter. Intern. Arch. f. Schulhyg., 1911.

2. **van Biervliet.*** La cephalométrie à l'école. Les annales pédagog., Janvier 1911.

3. **Büttner.** Untersuchungen bei normalen und geistig geschwächten Kindern über Kopfumfang und Intelligenz. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jug. Schwachsinns, **7**, 1911.

4. **Henderschee.*** Über einige körperliche Eigenschaften normaler und abnormaler Schulkinder. Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1911.

van Biervliet (2) warnt davor, aus Kopfmessungen weitgehende Rückschlüsse auf die Intelligenz herzuleiten.

Henderschee (4) kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, daß Kopfumfang und Intelligenz nichts miteinander zu tun haben. (Untersuchungen an fast 900 Kindern.)

Bayerthal (1) bringt keine neuen Gesichtspunkte. Er hält daran fest, daß sehr gute geistige Leistungen niemals bei Kindern mit stark subnormalem Kopfumfange gefunden werden.[1]) Träger großer Köpfe können dagegen sehr intelligent sein. Unter kleinsten Köpfen versteht er normal gebaute Köpfe unter 48 cm Umfang bei Knaben und 47 bei Mädchen im Alter von 7 Jahren, unter 56·5 beziehungsweise 49·5 bei 14jährigen Schulkindern. Ein Umfang von 46 schließt jeden höheren Grad geistiger Entwicklung aus. Der durchschnittliche Kopfumfang der Knaben übertrifft den der Mädchen um mindestens 1 cm.

[1]) In dieser vorsichtigen Formulierung läßt sich wenig gegen die Kopfmessung sagen. In Wirklichkeit gegen Bayerthals Schlüsse und Forderungen aber viel weiter.

Büttner (3), ebenfalls wie Bayerthal in Worms wirkend, steht völlig auf demselben wissenschaftlichen Boden. Seine Publikation ist im wesentlichen ein wortgetreuer Abdruck der bekannten und an sich sehr verdienstvollen, aber doch noch strittigen Lehren Bayerthals. Büttner bestätigt die in Rede stehenden Untersuchungen durch einige an Hilfsschülern erhobene Zahlen.

VII.

Fürsorgeerziehung.

1. **Cron.** Heilpädagogische Technik und Wertarbeit. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jug. Schwachsinns, **4**, S. 516.

2. **Fürstenheim.** Zur Frage der gesetzlichen Fürsorge für geistig schwächliche- und kränkliche Kinder. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Beh. d. jug. Schwachsinns, **4**, 1911.

3. **Major.** Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik. Zeitschr. f. Psychother. u. med. Psychol., **3**, 1911.

4. **Mönkemöller.** Bericht an das Landesdirektorium der Provinz Hannover usw.. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jug. Schwachsinns, **4**, 1911 und Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik, **40**: Zur Kriminalität des Kindesalters.

5. **Derselbe.** Die geistigen Abnormitäten bei schulpflichtigen Fürsorgezöglingen und ihre Behandlung. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jug. Schwachsinns, **4**, 1911.

6. **Schnitzer.** Bericht über das Ergebnis der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der Fürsorgezöglinge in den Erziehungsanstalten Züllichow, Warsow und Magdalenenstift bei Stettin. Zeitschrift f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jug. Schwachsinns, **5**, 1911.

7. **Derselbe.** Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., **5**, 1911.

8. **Schröder.** Die geistig Minderwertigen und die Jugendfürsorgeerziehung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., **5**, 1911.

9. **Thoma.** Untersuchungen an Zwangszöglingen in Baden. Allg. Zeitschr. f. Psych., **68**, 1911.

10. **Wilker.** Aus der Praxis der Zwangserziehung. Zeitschr. f. Kinderforsch., 1911.

Die Heilpädagogik scheitert an den geborenen Verbrechern, so ungern die orthodoxen Vertreter der Fürsorgeerziehung dies auch eingestehen sollen.

Mönkemöller (4) weist auf Grund großer Erfahrung darauf hin, daß der Arzt diese defekten Elemente aus dem Heer der jugendlichen Kriminellen isolieren sollte, da die Fürsorge kaum etwas an diesem Menschentyp erreichen kann und aus diesem Galgenholz nichts Brauchbares geschnitzt werden kann.

Schröder (8) fand unter 80 minderjährigen zur Fürsorgeerziehung Bestimmten etwa die Hälfte geistig abnorm, ein weiterer Beweis, wie nötig die Mitwirkung des Arztes in dieser Frage ist. Auch heute noch schließt sich die Tür der Fürsorge-, Rettungshäuser usw. unterschiedslos in vielen Orten Deutschlands hinter jedem Fürsorgezögling, mag er normal oder abnorm sein. Es ist aber klar, daß die abnormen Elemente eine andere, ihre Mängel berücksichtigende, heilpädagogische — oder nach Fürstenheim besser medikopädagogische — Behandlung nötig haben.

Zu gleicher Überzeugung ist Schnitzer (6, 7) gekommen. Er verlangt nach ärztlicherseits festgestellter Diagnose strenge Trennung der Normalen und psychisch Abnormen in der Fürsorgeerziehung. Die letzteren gehören in ärztlich geleitete oder mindestens kontrollierte Anstalten.

An seinem pommerschen Material fand Schnitzer 62% abnorme Fürsorgezöglinge, Major (3), ein Heilpädagoge stellte bei Kriminellen und Unerziehbaren in 73% geistige Minderwertigkeit fest. Thoma [Baden] (9) verzeichnet 52%, Mönkemöller (4) 37% in der Provinz Hannover.

Die Ausführungen Majors (3) über Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik bringen nichts Neues. Er erwähnt unter anderem, daß er in einer Anstalt einen Poriomanen gefunden habe, dessen Anzug die verständnisvolle Anstaltsleitung mit 13 bunten Flecken hatte besetzen lassen.

Mönkemöllers (5) sehr eingehende Abhandlung (54 Seiten) will nichtärztlichen Heilpädagogen die modernen ärztlichen Auffassungen über geistige Abnormitäten beim Kinde vermitteln. Zur Orientierung auch für ärztliche Leser außerordentlich geeignet.

Thoma (9) zieht aus seinen Feststellungen folgende Schlüsse:

Die große Anzahl geistig abnormer Kinder unter den Fürsorgezöglingen erschwert die gemeinsame Erziehung und erfordert die Mitarbeit eines Psychiaters, etwa in der Richtung des Schularztsystems. Ungeeignet zur gemeinsamen Erziehung mit den Geistesgesunden und leicht Abnormen sind zirka 10% Schwerabnorme.

Für künftige gesetzgeberische Entwürfe schlägt Fürstenheim (2) vor, statt der Ausdrücke „Debil" und „Psychopath" die deutschen prägnanteren und auch dem Nichtarzt einleuchtenden Worte „Geistig schwächlich" und „Geistig kränklich" zu gebrauchen. Diese beiden Kategorien von Kranken stehen in der Mitte zwischen geistig Gesunden und Geistesschwachen beziehungsweise -kranken.

Unter die Fürsorgeerziehung — die nach medikopädagogischen Gesichtspunkten erfolgen sollte — fallen bereits auch die geistig schwächlichen und geistig kränklichen Kinder, da Erziehung und Pflege zu Hause die drohende Verwahrlosung anscheinend nicht verhüten können, die Disposition aber ohne Psychiater meist zu spät erkannt wird.

Cron (1) leitet sein Jugendheim nach Grundsätzen der „Wertarbeit", d. h. vielgestaltiger, Begriffe und Gefühle entwickelnder, durchaus bodenständiger Arbeit. Die Spielarbeit nach Art unserer Kindergärten usw., die tausend niedlichen Nichtigkeiten, die dort gepflegt werden, um die Zeit totzuschlagen, werden von Cron mit scharfen Worten gegeißelt. Hübsche Beispiele belehren über den innern Betrieb der Cronschen Anstalt und die dort herrschende vorbildliche heilpädagogische Auffassung.

Die Forderung, nur geschulten Kräften — unter ärztlicher Mitarbeit — die Ausübung der Fürsorgeerziehung zu übertragen, kann gar nicht besser motiviert werden als durch den Tagesplan

eines Münchener Klosters, das der Staat mit der Zwangserziehung von Mädchen „betraut" hatte.

5 Uhr: Aufstehen, dabei Beten des englischen Grußes; 6 bis 7 Uhr: Kirche; 1/2 8 Uhr: Morgengebet, gute Meinung; 8 Uhr: Stundengebet; 9 Uhr: Tageszeitengebet; 10 Uhr: Gebet mit Gesang; 3/4 11 Uhr: Gewissenserforschung; 11 Uhr: Mittagessen, vor und nach dem Essen Gebet; 12 Uhr: Gebet Engel des Herrn; 1 Uhr: Stundengebet; 1/2 2 Uhr: Heiliger Geist mit Gesang; 2 Uhr: Gebet und geistige Lesung; 3 Uhr: Gebet für die Vorgesetzten; 1/2 4 Uhr: Gegrüßt seist du, Maria; 4 Uhr: Stundengebet; 5 Uhr: Maiandacht; 6 Uhr: Stundengebet; 1/2 7 Uhr: Abendessen mit Gebet; 8 Uhr: Gemeinsames Nachtgebet.

Mit Recht bemerkt Wilker (10) hierzu:

„Davon können normale Menschen zur Verzweiflung oder zum Wahnsinn gebracht werden. Um wieviel mehr mußte das also der Fall sein bei den Mädchen, die der Zwangserziehung überwiesen wurden und die zum größten Teil psychopathische Individuen sind!"

VIII.

Kinder vor Gericht.

1. **Fürstenheim.** Die Beurteilung des Geisteszustandes jugendlicher Angeklagter. Zeitschr. f. Psychother. u. med. Psychol., **3**, 1911.

2. **Göring.** Welchen besonderen Schutz gewähren das Strafgesetzbuch und der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch den Jugendlichen? Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jug. Schwachsinns, **5**, 1911.

3. **Derselbe.** Die Kritik der Psychiater an dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. und Psychiatrie, Bd. III, Heft 2 (Ergebnisse).

4. **van Raalte.** Über den Wert der Kinderaussage. (Holländische Monographie, 1911.) Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., **4**, 1911.

5. **Rupprecht.*** Jugendliche Sexualverbrecher. Friedreichs Bl. f. ger. Med., Bd. **42**, 1911.

6. **Derselbe.** Straffällige Jugend und psychopathische Minderwertigkeit. Münchener med. Wochenschr., Nr. 14, 1911.

7. **Derselbe.** Kindlicher Schwachsinn und Straffälligkeit Jugendlicher. Arch. f. Psych. u. Nervenkr., **48**, 1911.

8. **Seidel.** Kinder als Zeugen im Strafprozeß. Monatschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref., **7**, 1911.

9. **van der Torren.*** Die Zeugenaussage der Kinder. Tijdschr. v. Strafr., **22**, 1911.

10. **Varendonck.** Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate, 1912.

11. **Viernstein.** Ärztliche Untersuchungen an Kaisheimer Gefangenen. Münchener med. Wochenschr., Nr. 44/45, 1911.

12. **de Vries-Feijens.** Die Zeugenaussage der Kinder. (Vortrag, holländisch.) Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1911, S. 482/3.

13. **Ziemke.** Die Beurteilung jugendlicher Schwachsinniger vor Gericht. Zeitschr. f. Kinderforsch., 1911.

Schüler von 7 bis 13 Jahren, die suggestiv nach der Bartfarbe ihres Lehrers befragt wurden, gaben zu 76% eine bestimmte Farbe an, obwohl der betreffende Lehrer bartlos war! In einem andern Falle sprach der Lehrer mit bedecktem Haupte zu Schülern, an welche später die Frage gerichtet wurde, in welcher Hand der Lehrer den

Hut gehalten habe. Nur 3 von 24 antworteten richtig. Auch in bezug auf Temperatur, Geruchsempfindungen, Personenvorstellungen usw. versagten die Kinder total.

Veranlassung zu diesen Ausführungen und Versuchen Varendoncks ergab seine Ladung als Sachverständiger zu einem Mordprozesse, bei dem die Anklage sich hauptsächlich auf Kinderaussagen stützte.

Die Minderwertigkeit der Kinderaussagen wird ebenfalls von v. Raalte (4) beleuchtet. Man soll reifere Kinder erst schriftlich aussagen lassen und dann prüfen was Tatbestand und was Phantasie ist. Schätzungen (Alter, Zeit, Länge) sind ohne jeden Wert. Ein Drittel bis ein Halb aller von Kindern gemachten Aussagen sind ohne Bedeutung.

Kinder sind oft unbefangener als Erwachsene, lügen weniger gewandt, sind aber suggestibler. Das Verhör vor Richter und Polizei ist pädagogisch nicht von Nutzen für die Psyche des Kindes (de Vries-Feijens) (12).

Seidel (8) gibt einen guten Überblick über „Kinder als Zeugen" und regt verschiedene in erster Linie für den Richter bestimmte Verbesserungen des Verfahrens an und stellt für die Zukunft Leitsätze auf, die er in 6 Thesen formuliert.

„Man soll Kinder nur dann als Zeugen vernehmen, wenn es absolut nicht zu umgehen ist. Der Richter soll die große Suggestibilität bedenken, den Einfluß des ungewohnten Milieus" (van der Torren) (9).

Nach Rupprecht (5, 6) läßt es sich nicht feststellen, ob die Psychopathen instinktiv zur Verletzung bestimmter Rechtsgüter neigen (Eigentum, Körper, Geschlechtsehre) bzw. ob diese den psychopathischen Jugendlichen zum Angriffe reizen oder ob wie beim Normalen Gelegenheit und jeweilige Stimmung maßgebend ist. Interessant ist die Feststellung Rupprechts, daß bei Verfehlungen gegen § 175 niemals psychopathische Veranlagung bestand, sondern daß Gewinnsucht oder Verführung Veranlassung gewesen waren. Es fällt ferner die große Ähnlichkeit der Sexualdelikte bei Jugendlichen und alten Männern auf. In sehr einsichtiger Weise verlangt Rupprecht die Mitwirkung des Arztes bei den Jugendgerichten. Imbezillität, Hysterie und psychopathische Minderwertigkeit sind die drei geistigen Anomalitäten, die den jugendlichen Sträfling kennzeichnen. Eltern und Lehrer, Polizei und Gericht vermögen den geistigen Defekt zumeist nicht festzustellen.

Aus der Göringschen (2) Arbeit seien die Ausführungen, welche für uns Kinderärzte Interesse haben, kurz erwähnt.

„Nach § 176 (Reichsstrafgesetzbuch) wird mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren bestraft, wer mit Personen unter 14 Jahren unzüchtige Handlungen vornimmt oder zur Verübung oder Duldung verleitet".

Mit 14 Jahren hört die Schulpflicht auf, und es wird erfahrungsgemäß mit Recht eine gewisse Kenntnis der vita sexualis vorausgesetzt.

Bei Mädchen geht der Kinderschutz aber noch weiter:

„Wer ein unbescholtenes Mädchen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr zum Beischlaf verführt, wird nach § 182 mit Gefängnis bis zu 1 Jahr bestraft".

Das vollendete 16. Lebensjahr macht bekanntlich ehemündig. Es wird hier also nur der Beischlaf, nicht die unzüchtigen Handlungen (§ 176) bestraft.

§ 235. „Wer eine minderjährige Person Eltern usw. entzieht, wird mit Gefängnis oder, falls er dieselbe zum Betteln, zu unsittlichen Zwecken zu gebrauchen beabsichtigt, mit Zuchthaus bestraft".

§ 184 und 184 a betreffen den bekannten Erlaß gegen Verkauf usw. unsittlicher Lektüre, das Schamgefühl verletzender Schriften, Bilder usw. an jugendliche Personen unter 16 Jahren.

Im neuen Entwurf sind diese Bestimmungen detaillierter, es wird ferner die öffentliche Vornahme der betreffenden Handlungen verlangt.

Göring regt ferner an, das Verabreichen von alkoholischen Getränken an Jugendliche unter 14 Jahren unter Strafe zu stellen. Er weist endlich mit Recht daraufhin, daß der Schutz auf sexuellem Gebiete ein recht weitgehender ist, daß dagegen eine besondere strafrechtliche Ahndung und Spezialisierung der Mißhandlungen usw. von Kindern nicht vorgesehen ist und hier nur die allgemeinen Bestimmungen über Körperverletzungen im wesentlichen gelten.

Viernstein (11) fand unter 215 bayerischen Zuchthäuslern 118 Frühkriminelle, also bereits zwischen 12. und 18. Lebensjahr Gestrauchelte und von diesen 118 waren fast die Hälfte schon vor dem 15. Lebensjahre straffällig geworden.

Eine kurze knappe Übersicht über die Kritik der Psychiater an den Fragen des Jugendrechtes im „Vorentwurfe" findet sich bei Göring (3) (Teil III. jugendliche Verbrecher).

Ziemke (13) gliedert seinen vor Hilfsschullehrern gehaltenen, eingehenden Vortrag in drei Teile. Im ersten erläutert er die Ursache, die Symptomatologie, die Erkennung usw. des jugendlichen Schwachsinnes. Hier muß bemerkt werden, daß die Ausführungen über Krämpfe auf veralteten Anschauungen beruhen.

Im zweiten Teile beschäftigt er sich kurz mit der Psychologie der Kinderaussagen und eingehender mit dem Einflusse des Schwachsinnes beziehungsweise der Amoralität auf den Aussagemechanismus des Kindes. Im Schlußteile wird die Frage beantwortet, welche juristischen Gesichtspunkte bei der Beurteilung Schwachsinniger maßgebend sein sollten. Hierbei wird besonders § 56 des Strafgesetzbuches — Straflosigkeit, wenn trotz straffähigen Alters und geistiger Gesundheit die zur Erkenntnis der Strafbarkeit erforderliche Einsicht gefehlt hat — eingehender besprochen und mit Beispielen belegt. Das Hineinspielen der Unzurechnungsfähigkeit (§ 51) — trotz vom Richter angenommener erforderlicher Einsicht zur Erkenntnis einer strafbaren Handlung erfolgt Freispruch — wird

ebenfalls an Erfahrungen aus der Gutachtertätigkeit Ziemkes demonstriert.

* * *

Der Jugendliche unter 12 Jahren wird bekanntlich nicht bestraft, er ist bedingt strafmündig vom 12. bis 18. Jahre. Vielfach wird verlangt, die Strafmündigkeit erst mit dem 15. Jahre anzusetzen. Fürstenheim (1) hält die Altersperiode vom 14. bis 16. Jahr für besonders schutzbedürftig, „da sie durch die Pubertätsaktivität und den Fortfall der Schulzucht ganz besonders zum Abgleiten disponiert".

Fürstenheim gibt folgende kriminell-pädagogischen Orientierungen für eine künftige Gesetzgebung:

1. Ein Jugendlicher ist freizusprechen, wenn er unter dem Einfluß besonders ungünstiger äußerer Einflüsse: Not, Zwang, grobe Vernachlässigung gehandelt hat, oder wenn

2. durch abnorme Veranlagung oder krankhafte Störung oder endlich

3. durch außergewöhnliche seelische Unreife bei Begehung der Tat ein Verständnis für die Rechtsnorm fehlte.

Alle 3 Punkte können zur Kriminalität führen, ohne daß billigerweise von „Schuld" gesprochen werden kann.

4. „Bei erstmaligen Übertretungen und Vergehungen Jugendlicher, die keinen erheblichen Schaden angestiftet haben, aus Leichtsinn, Unerfahrenheit, Tatendrang hervorgehen, kann es, wenn der Jugendliche seine Tat bereut und Besserung gelobt, bei der Strafandrohung sein Bewenden haben." Nach 6monatiger Bewährung Straferlaß. Bei Rückfall verlängert der Richter gegebenenfalls nochmals die Strafaussetzung.

Fürstenheim opponiert ferner gegen zwei moderne kriminellpädagogische Auffassungen. 1. Ersatz der Strafe durch Erziehungsmaßregeln bei Jugendlichen, denn Strafe und Erziehung seien nichts Äquivalentes. Darin liege eine Unterschätzung der Strafe und eine Herabsetzung der Erziehung.

Ferner besteht die Tendenz, Strafverfolg bei Jugendlichen nur dann eintreten zu lassen, wenn ein öffentliches Interesse vorliegt. Hier liegt die Gefahr nahe, kriminelle Handlungen von Kindern besserer Stände zu unterdrücken. (Ob sich das wohl je wird vermeiden lassen?)

Fürstenheim regt an, zwischen mittelbarem und unmittelbarem öffentlichem Interesse zu unterscheiden. Sehr richtig ist, daß er die oft auffallende Milde der Jugendgerichtentscheidungen bemängelt. Die Strafe verliert dadurch ihre Schrecken. Und gerade beim Kind und Halbwüchsigen erweist sich eine verdiente Bestrafung zumeist heilsamer als beim Erwachsenen.

Aus der in 12 Thesen gegliederten Schlußzusammenfassung sei erwähnt, daß nach Fürstenheim kriminelle Handlungen der Vorreifezeit, also etwa zwischen 9. und 11. Jahre, beim normal oder etwas übernormal (exuberant) entwickelten Kind von günstiger Prognose sind.

Die sogenannte antisoziale Konstitution der „geborene: Verbrecher" ist sehr selten (1%, der Jugendgerichtsfälle). Fürstenheim rechnet sie nicht zur Psychopathie. Sie ist ihm ein Sammelbegriff gesunder, aber abnorm veranlagter, sonderlingsartiger Naturen, unter deren einzelne Varietäten sich der „degenerativen psychopathischen Konstitution Ziehens nähern. Eigenartig ist, daß sie mitunter völlig isoliert inmitten einer Familie mit prononziertem sozialem Empfinden, in hervorragend kultiviertem Milieu (Lehrer, Beamtenfamilien) entsteht.

IX.

Verschiedenes.

Ätiologie, Symptomatologisches, Statistik, Biologisches.

1. **Brückner** und **Clemenz.** Über Idiotie und Syphilis. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jug. Schwachsinns, **5**, 1911.
2. **Camon** und **Rosanoff.*** Vorläufige Mitteilung über Studien. die Vererbung von Geisteskrankheiten im Lichte der Mendelschen Theorien betreffend. Journ. of nerv. and mental Dis., 1911.
3. **Chotzen** bei **Oebbecke.** X. Jahresbericht. Breslau, 1911.
4. **Frankhauser.** Geschwisterpsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., **5**, 1911.
5. **Graves.** Scapula scaphoidea, eine häufig vorkommende Anomalie des Schulterblattes. Ihr Zusammenhang mit Syphilis in der Aszendenz. Med. Klinik, Nr. 8, 1911.
6. **Hannes.** Zur Frage der Beziehungen zwischen asphyktischer und schwerer Geburt und nachhaltigen psychischen und nervösen Störungen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., **68**, 1911.
7. **Hauptmann.*** Serologische Untersuchungen von Familien syphilogener Nervenkranker. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., **7**, 1911.
8. **Koller.** Die Zählung der geistig gebrechlichen Kinder des schulpflichtigen Alters im Kanton Appenzell. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jug. Schwachsinns, **4**, S. 289 bis 355 und 385 bis 430.
9. **Kopystinski.*** Schädeltrauma und Psychosen. Obosrenje psychiatrii, 1911.
10. **Kröber.** Beitrag zur Frage des ursächlichen Zusammenhanges der Syphilis mit der Idiotie. Med. Klinik, 1911.
11. **Magnus-Alsleben.** Über das Verhalten anorganischer und organischer Brompräparate im Tierkörper. (Vortrag.) Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 1911, S. 658.
12. **Plaskuda.** Über Stereotypien und sonstige katatonische Erscheinungen bei Idioten. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Originalien, 1911.
13. **Plaut** und **Göring.** Untersuchungen an Kindern und Ehegatten von Paralytikern. Münchener med. Wochenschr., 1911.
14. **Reye.** Untersuchungen über die klinische Bedeutung der Scapula scaphoidea (Graves). Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jug. Schwachsinns, **5**.
15. **Schäfer.** Die Linkshänder in den Berliner Gemeindeschulen. Berliner klin. Wochenschr., 1911.
16. **Todde.*** Untersuchungen über Funktion und Bau der männlichen Geschlechtsdrüsen bei Geisteskrankheiten. Pathol. riv. quindicinale, 1911.
17. **Walter.** Gehirngewicht und Intelligenz. Rostock, 1911.

H. Warkentien.

Hannes (6), ein Gynäkologe, weist darauf hin, daß die schwere Geburt in der Ätiologie der geistigen Abnormitäten weit überschätzt werde und ist geneigt, Geburtstraumen, Asphyxie usw. in dieser Hinsicht sehr gering zu bewerten.

Es ist in letzter Zeit vielfach darauf aufmerksam gemacht worden (und bereits in die neuesten Lehrbücher übergegangen!), daß man das Littlesche Moment nicht allzu freigebig ätiologisch verwerten darf. Insofern sagt uns also Hannes nichts Neues. Das Geburtstrauma jedoch mit Hannes ganz als quantité négligeable betrachten zu wollen, heißt aber wieder das Kind mit dem

Bade ausschütten, was einem Geburtshelfer nicht zu empfehlen sein dürfte.

Häufigkeit des Traumas nach Kopystinski: Bei Epilepsie 10%, Imbezillität 9%, Dementia praec. 5%.

Die ausgedehnten Untersuchungen Kollers (8) sind ein beredter Beitrag zu jenem Kulturkuriosum unserer Zeit, das darin besteht, die Zeugung des Menschen, der Krone der Schöpfung, dem blöden Zufall zu überlassen, die Züchtung von edlen Tierrassen aber mit allen Kautelen zu umgeben. Es ist für Appenzell zwar nicht statistisch bewiesen, aber sehr wahrscheinlich, daß mehr Schwachsinnige heiraten als anderswo. Die fortschreitende Degeneration der arbeitenden Bevölkerung ist jedenfalls unleugbar. Es besteht in Appenzell die Möglichkeit, leicht zur Gründung eines Hausstandes gelangen zu können, da an die Intelligenz der in Webereifabriken beschäftigten männlichen Arbeiter minimale Anforderungen gestellt werden. Die Trunksucht ist groß. Ein weiterer, vielleicht der wichtigste Punkt ist die Heimarbeit. Jeder Hygiene spottende, feuchte, dunkle Heimarbeitsstätten, keine Kontrolle der Arbeitszeit usw.. Vernachlässigung der Kinder vom Säuglingsalter an. Die Ernährung ist so einseitig wie möglich, da die Frauen unmittelbar nach der Schulabsolvierung in die Fabrik gehen und keine Ahnung vom Hausfrauenberuf haben. „Sie kennen die Gemüsearten kaum." Gestillt wird fast gar nicht, dazu ist keine Zeit. Das ist der Segen der vielgepriesenen Hausindustrie, welche einen „scheinbaren Wohlstand" zur Folge hat.

Der Prozentsatz der geistig gebrechlichen Kinder unter den Schulpflichtigen beträgt 4·3%. Annehmbare Gelegenheitsursachen für den Schwachsinn waren nur spärlich mit Sicherheit festzustellen. (Nachdem die Tatsache des geistigen Gebrechens ihres Kindes den Eltern nicht mehr entgehen kann, findet sich immer ein Grund — und sei er auch noch so winzig, albern oder an den Haaren herbeigezogen.) In den allermeisten Fällen ist das geistige Gebrechen angeboren, die Folge einer sinnlosen Devastierung der eigenen Rasse.

Camon und Rosanoff (2) kommen zu folgenden Schlüssen bei ihren nach Mendelschen Regeln orientierten Untersuchungen: Sind beide Eltern neuropathisch, so sind es alle Kinder. Ist ein Elter neuropathisch, der andere normal aber von einem Großelter belastet, so entwickelt sich die eine Hälfte der Kinder pathologisch, die andere normal aber tüchtig, die Neuropathie zu übertragen. Ist ein Elter normal und nicht belastet, der andere neuropathisch, so können alle Kinder normal sein, vermögen aber ihre Nachkommen zu belasten. Sind beide Eltern normal aber belastet, so pflegt ein Viertel der Kinder normal und auch nicht vererbungstüchtig zu sein, eine Hälfte bleibt normal, überträgt aber die Neuropathie auf die Nachkommen, ein Viertel wird neuropathisch. Sind endlich beide Eltern normal, der eine aber belastet, so pflegen alle Kinder normal zu sein, die eine Hälfte fähig, die Nachkommen zu belasten, die andere Hälfte dagegen unfähig.

Das weibliche Geschlecht ist nach (Frankhauser) (4) empfänglicher für die erbliche Übertragung von Krankheitsanlagen. Bei Belastung vom Vater her sind die Töchter, bei materner Belastung die Söhne mehr gefährdet. Wenn ein Bruder psychisch erkrankt, hat die Schwester größere Wahrscheinlichkeit krank zu werden als ein zweiter Bruder. Dasselbe ist der Fall, wenn eine Schwester primär erkrankt.

Je älter übrigens die Eltern sind, um so schwerer ist das Moment der Belastung.

Graves (5) erläutert an der Hand von Abbildungen die Unterschiede zwischen normaler und skaphoider Skapula. Charakteristisch für diese ist die konkave Form des Vertebralrandes unterhalb der Spina. Nach Verf. ist die ätiologische Rolle der Syphilis hier nicht von der Hand zu weisen.

„Die Scapula scaphoidea ist eine Anomalie der Entwicklung, welche in der Nachkommenschaft entsteht, veranlaßt durch einen abnorm wirkenden Umstand, der die Eltern betroffen hat; sie pflanzt sich von Eltern auf Kinder fort durch mehrere Generationen; und wenn nicht der abnorme Umstand von neuem bei den Abkömmlingen wirksam wird, verschwindet die Scapula scaphoidea allmählich und der Rassetypus herrscht wieder vor."

Reye (14) bestätigt, daß in der Hälfte der Fälle Lues ätiologisch zu konstatieren ist, in den Rest teilen sich Tuberkulose, Alkoholismus, schwere nervöse Erkrankungen der Aszendenz als ätiologische Momente. Es gibt aber ferner noch Fälle, bei denen die Aszendenz tadellos ist, dagegen postnatale Schädigungen (schwere Enzephalitis mit sekundärer Epilepsie, halbseitigem Zurückbleiben des Körpers im Wachstum, Imbezillität) zur Deformation der Skapula in Beziehung stehen.

Gerade diese postnatale Schädigung wird von Graves aber abgelehnt. Nach Reye ist die Scapula scaphoidea in erster Linie ein Degenerationszeichen; in den ersten Lebensjahren akquirierte Schädigungen können in seltenen Fällen zum Auftreten der Schulterblattdeformität führen. (Ausführliche Krankennotizen, gute Abbildungen.)

Kroeber (10) fand bei 262 männlichen Idioten in 21% Komplementablenkung. Er spricht sich aber dagegen aus, nun in diesen Fällen positiver Wassermannscher Reaktion überall Lues ätiologisch mit dem Schwachsinne zu verknüpfen. Es müßte dann doch rein klinisch diese große Gruppe durch irgend welche gemeinsame Zeichen charakterisiert sein.

Thomsen-Boas in Dänemark hatten dagegen bei 2061 Schwachsinnigen nur in 1·5%, bei 259 Epileptikern nur in 0·4%, bei 344 Taubstummen nur 1% positiven Wassermann.

Brückner und Clemenz (1) (Alsterdorfer Anstalten) entdeckten unter 138 Schwachsinnigen bis zum 10. Lebensjahre 4·3% mit positivem Wassermann, verlangen aber wiederholte sero-

logische Untersuchung, weil die Reaktion häufig vorübergehend verschwindet.

Bei 32 von 100 Paralytikerkindern (Plaut und Göring) [13] fiel die Wassermannsche Reaktion positiv aus (von den Elterpaaren reagierten nur 33% positiv!).

Geistig und körperlich geschädigt waren 45% der Kinder. Intellektuell minderwertig waren 17%, 5% hatten Hydrozephalus, 6% Enuresis, 5% epileptiforme Anfälle.

Hauptmann (7) verlangt sogar, daß die Erzeuger aller Idioten zu untersuchen seien, auch wenn die Wassermannsche Reaktion negativ bei den letzteren ausgefallen ist.

Chotzen (3) berichtet über 252 Neuaufnahmen für die Breslauer Hilfsschulen. Ein Viertel der Knaben hatte gestörten Descensus testiculosum.

Todde (16) fand, daß die Hoden bei Geisteskranken, besonders bei Epilepsie, Dementia praecox, Idiotie, Alkoholismus, in bezug auf Gewicht, Volumen, und Menge der Spermatozoen hinter der Norm zurückgeblieben waren.

Weder die absolute noch relative Gehirngröße läßt im Einzelfalle Rückschlüsse auf die Intelligenz zu (Walter) [17]. Im allgemeinen scheint aber die vergleichende Statistik bei berühmten Männern für einen Zusammenhang von Gehirngewicht und Intelligenz zu sprechen. Durch geistige Betätigung läßt sich eine Beeinflussung der Gehirnentwicklung wahrscheinlich erzielen (Schädelmessungen).

Ob die Kultur zu einer Zunahme an Gehirngewicht führt, ist noch unentschieden.

Bei Jugendlichen unterhalb von 16 Jahren fand Plaskuda (12) Stereotypien, Befehlsautomatismen, kataleptische Erscheinungen am häufigsten. In erster Linie fielen Pagodenbewegungen auf. Je tieferstehender die Idioten, um so häufiger die erwähnten Symptome. Echolalie und Echopraxie waren selten.

Die Stereotypien bei Katatonie (Dementia praecox) unterscheiden sich dadurch von den idiotischen, daß sie im Gegensatze zu diesen letzteren schwer äußeren Einflüssen zugänglich sind.

Schaefer (15) fand unter 18.000 Kindern 692 Linkser; danach dürften in den gesamten Schulen Berlins über 9000 Linkshänder zu finden sein. Unter den Schullehrern befinden sich etwa 120 Linkshänder. Schaefer wünscht „Linkserschulen".

Bei Fütterung von Kaninchen mit Bromnatrium, Bromokoll, Bromipin bis zur Grenze der Intoxikation fanden sich größere Bromdepots in Haut, Blut, Muskulatur, die, trotz sehr differenter Gaben der verabreichten Bromverbindungen, ziemlich konstanten Bromgehalt aufwiesen (Magnus - Alsleben) [11].

Anatomie und Physiologie, Pharmakologie.

Hans Langer (Freiburg). *Über Schutzwirkung wiederholter Kochsalzgaben per os gegenüber dem anaphylaktischen Schock.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 47.)

Bei Meerschweinchen, die mit Hammelserum vorbehandelt worden waren, gelang es, den anaphylaktischen Schock der Reinjektion dadurch herabzusetzen, daß die Tiere größere Mengen hypertonischer Kochsalzlösung per os erhielten. Verf. regt an, beim Menschen zu versuchen, Überempfindlichkeitserscheinungen durch häufige Kochsalzgaben zu paralysieren. Klotz.

Friedberger und **Langer** (Berlin). *Über Anaphylaxie.* XXXII. Mitteilung: *Der Einfluß der stomachalen Kochsalzzufuhr auf den Ablauf der Anaphylaxie.* (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Orig., XV, S. 535.)

Die anaphylaktischen Symptome ließen sich bei der parenteralen Reinjektion von Eiweiß verhüten, wenn die Meerschweinchen vorher mit großen Mengen von Kochsalz (5 cm^3 konzentrierter Lösung) gefüttert wurden.

Der Tod der Tiere erfolgte einige Stunden später durch Salzwirkung. Messerschmidt (Straßburg).

Ströbel (Erlangen). *Über die anaphylaktische Reaktion der Lunge.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 1538.)

Es gelang nicht, Meerschweinchen durch Inhalation von fein verstäubtem Eiweiß gegen dasselbe zu immunisieren. Durch subkutane Injektion von Eiweiß immunisierte Meerschweinchen zeigten bei Inhalation von homologem Eiweiß keine anaphylaktische Reaktion.

(Aus diesen Versuchen dürfte zu folgern sein, daß die bisherige Auffassung der Serumkrankheit als „Anaphylaxie" nicht zu Recht besteht. Einwandsfreie Beweise für diese Ansicht waren auch nicht erbracht mit Ausnahme von den wenigen Fällen von Serumkrankheit, die im Anschlusse an eine zweite Injektion von Heilserum auftraten. Ref.) Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

E. St. Faust. *Über kombinierte Wirkungen einiger Opiumalkaloide.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 46.)

Nachdem das Dogma, Säuglingen und jüngeren Kindern kein oder so wenig wie möglich Opium zu verabfolgen, als nicht zutreffend erwiesen ist, dürfen die Untersuchungsergebnisse Fausts auch den Pädiater interessieren.

Zur Erzielung der Opiumwirkung sind nicht alle Teilalkaloide vereint nötig. Unentbehrlich ist einzig das Morphium. Opiumwirkung ist also in der Hauptsache Morphiumwirkung. Der lähmende Einfluß des Morphiums auf das Atemzentrum kann durch die gleichzeitige erregende Wirkung bestimmter Teilalkaloide, besonders des Thebains,

herabgesetzt beziehungsweise unter günstigen Umständen ganz ausgeschaltet werden. Umgekehrt erfährt die Erregung des Brechzentrums durch das Morphin eine Herabstimmung durch die anderen Opiumalkaloide. Zwei Kombinationen, die sich klinisch bereits bewährt haben, werden als Laudanon I und II von Faust angelegentlich empfohlen.

	Morphin	Narkotin	Kodein	Papaverin	Thebain	Narzein
Laudanon I	0·01	0·006	0·001	0·002	0·0005	0·0005
Laudanon II	0·01	0·002	0·001	0·0001	0·0005	0·0001

Klotz.

Schule.

Arno Fuchs. *Hilfsschulfragen.* (Arbeiten aus dem II. Berliner Fortbildungskursus für Hilfsschullehrer nebst Bericht.) (C. Marhold. Halle a S., 1912.)

Zahlreiche Besprechungen und Vorschläge über die verschiedenartigsten, die Hilfsschule berührenden Fragen, namentlich pädagogischer Natur. Thorspecken (Bremen).

Klinik der Kinderkrankheiten.

Ledermann. *Die Serumreaktion bei Syphilis in der Säuglingspraxis* (Zeitschr. f. ärztl. Fortb., 1912, S. 147.)

72 Kinder ohne klinischen Verdacht auf Lues gaben negative Wa.-Reaktion, desgleichen 16 Ammen. Eine Amme mit syphilitischen Erscheinungen, ferner 11 Säuglinge zeigten positive Reaktion.

Die Reaktion blieb trotz klinischer Heilung und ausreichender Behandlung positiv; sie ist also als Gradmesser der Therapie nicht zu verwerten. Th. Messerschmidt (Straßburg).

La Fetra. *The employment of salvarsan in infants and young children.* (Die Verwendung des Salvarsans bei Kindern.) (Arch. of Ped., September, 1912.)

Die direkte Anwendung des Salvarsans ist bei Säuglingen der indirekten durch die Mutter vorzuziehen; die Dosis soll nicht unter 0·01 g pro Kilogramm Körpergewicht betragen. Wiederholte Einspritzungen und Nachbehandlung mit Quecksilber sind öfter erforderlich. Die Wassermannsche Probe soll wenigstens 1 Jahr nach vermeintlicher Heilung weitergeführt werden.

Wachenheim (New York.)

Popoff (Sofia). *Über hämolysehemmende Erscheinungen bei luetischen Sera und über die Möglichkeit ihrer Ausnutzung für eine Serodiagnostik bei Syphilis.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 1833.)

Aktives Menschenserum wurde in drei Verdünnungen mit gewaschenen Meerschweinchenblutkörperchen in Verdünnung 1 : 5 gemischt und in den Thermostaten bei 37° gebracht. In einer Reihe von Fällen zeigte sich Hämolyse, in den anderen Hemmung. Bei 600 gleichzeitig ausgeführten Untersuchungen nach Wassermann ergab sich in 75% Übereinstimmung der Resultate.

Theoretische Erörterungen.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Gräfin Linden (Bonn). *Weitere Erfahrungen mit einer Chemotherapie der Tuberkulose.* (Münchener med. Wochenschr. 1912, Nr. 47.)

Bei mit Methylenblauchlorid gespritzten tuberkulösen Meerschweinchen zeigte sich folgendes:

Unbehandelte Tiere lebten durchschnittlich 15 Wochen, behandelte 28 Wochen. Unbehandelte wurden im Maximum 18 Wochen alt, behandelte 42. Der Einstichstellenabszeß heilte bei ihnen komplett aus, bei den unbehandelten blieben Fisteln bestehen. Die Nieren der Kontrollen waren käsig, infektiös, die der Methylenblautiere sklerotisch (infektiös? Referent). Das Körpergewicht der behandelten Tiere stieg noch an, als das der Kontrollen bereits absank. Völlig geheilt schien aber nur eins der sechs Versuchstiere zu sein. „Bei allen anderen ergab die Überimpfung einzelner Organe, wenn auch langsam verlaufende Tuberkulosen, trotzdem, daß weder in Ausstich noch in Schnittpräparaten mikroskopisch Riesenzellen oder Tuberkelbazillen nachzuweisen waren" (auch nicht bei Antiforminverwendung? R.). Ganz analog wie das salzsaure wirkt das jodwasserstoffsaure Methylenblau, welches aber die Gewebe „weniger reizte". Weitere Versuche führten zum Kupferchlorid. Es zeigte sich nämlich, daß Methylenblau bei der interkurrenten Erkrankung der Meerschweinchen an Stallseuche völlig versagte, Kupferchlorid dagegen nicht. Das Kupferchlorid beeinflußt nun die experimentelle Meerschweinchentuberkulose ähnlich, scheint die bindegewebigen Heilungsvorgänge aber noch kräftiger zu fördern als Methylenblau. Ein wesentlicher Nachteil liegt in der sehr starken lokalen Reizung, die seine Anwendung beim Menschen ohneweiters verhütet. Organische Kupfersalze waren ebenfalls nicht frei von dieser fatalen Nebenwirkung. Verf. versuchte daher den Weg der perkutanen Einbringung, in Salbenform, und stellte fest, daß eine sehr weitgehende Resorption des Kupfers stattfindet, wenn es beispielsweise als Kupferlezithinsalbe mit Kampferspiritus eingerieben wird. Es zeigte sich hierbei ferner die interessante Tatsache, daß tuberkulöse Organe mehr Kupfer aufspeicherten als gesunde. Was den kurativen Wert dieser perkutanen Methode anbelangt, so ist derselbe der gleiche wie bei den Methylenblau- und Kupferchloridversuchen.

Die Wirkungsweise des Methylenblaus und Kupfers erklärt Verf. als bakterizide. Es wird ferner, wenn die Tuberkelbazillen abgetötet werden, Tuberkulin gebildet. Den Beweis für diese letztere Annahme sieht Verf. in der Tatsache, daß nach Injektion von Kupferchlorid und Inunktion von Kupferlezithin stets Temperatursteigerungen auftreten, die bald abklingen und die als Tuberkulinreaktion zu deuten naheliegt, zumal diese Temperaturerhöhung bei Inunktion gesunder oder geheilter Tiere ausbleibt. Klotz.

Piery. *Ansteckungsgefahr durch den Schweiß Tuberkulöser.* (Rev. de thérap., Bd. LXXIX, 1912, S. 259.)

Nachdem die Haut der tuberkulösen Patienten einer gründlichen Desinfektion unterzogen war, wurden dieselben zum Schwitzen gebracht. Der Schweiß wurde aufgefangen und Meerschweinchen injiziert. Diese wurden nach $1^1/_2$ Monaten getötet und seziert.

Es ergab sich Tuberkulose der Impftiere in 5 von 9 Fällen offener, in 1 von 2 Fällen geschlossener Lungentuberkulose, in 4 von 13 Fällen geschlossener chirurgischer Tuberkulose. Diese letzteren Fälle dürften den Übergang der Tuberkelbazillen aus dem Blute, in dem sie nach anderen Untersuchungen ja oft kreisen, in den Schweiß beweisen.

Die Desinfektion darf sich nicht nur auf das Sputum beschränken, sondern muß Bett- und Leibwäsche jedes Tuberkulösen umfassen.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Calmette (Lille). *Zur Epidemiologie der Tuberkulose in den französischen Kolonien.* (Ann. de l'Institut Pasteur, Bd. XXVI, 1912, S. 497.)

Naturvölker, die noch nicht mit Europäern in Berührung kamen, sind sehr empfänglich für Tuberkulose, die bei ihnen deletär verläuft. Je länger der Einfluß der europäischen Zivilisation ist, um so chronischer verläuft die Tuberkulose; die Tuberkulinreaktion wird gleichzeitig häufiger positiv.

Behrings Ansicht, die Tuberkulose beginne im Kindesalter mit einer „Milchinfektion", besteht nicht mehr zu Recht.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

de Keersmaecker. *La Tuberculine.* (Ann. soc. méd. Anvers Janvier 1912.)

Tuberkulin soll in kleinsten Dosen angewandt werden, die für jedes Tuberkulin besonders zu bestimmen sind. Die Dosen müssen um so kleiner sein, je weiter die Krankheit vorgeschritten ist. Die Dauer der Behandlung soll das Doppelte der Zeit betragen, die notwendig ist, um das letzte Symptom, das mit dem Tuberkelbazillus in Zusammenhang steht, verschwinden zu lassen.

Philips (Antwerpen).

H. Wettendorf. *Traitement des Tuberculoses chirurgicales par les radiations solaires.* (La polyclinique, 1912, Nr. 4 et 8.)

Beschreibung der Rollierschen Behandlungsmethode.

Philipps (Antwerpen).

G. Liebermeister. *Über sekundäre Tuberkulose.* (Vortrag in der Abteilung für innere Medizin, Balneologie und Hydrotherapie auf der Naturforscherversammlung in Münster, 1912.)

Liebermeister versteht unter sekundärer Tuberkulose ein zunächst hypothetisches Stadium der Tuberkulose, das viele Analogien mit der sekundären Syphilis zeigt. Das, was heute klinisch und pathologisch-annatomisch als Tuberkulose angesehen wird, wäre dann als tertiäre Tuberkulose zu bezeichnen. Vortragender hat bei seinen vor 6 Jahren begonnenen Untersuchungen meist die Frage beantwortet: „Führt die tuberkulöse Infektion immer zum pathologisch-biologischen Bild der Tuberkulose?" Diese Frage mußte auf Grund von positiven Tierversuchen mit in Serienschnitten kontrolliertem Materiale von Menschen — und von Kaninchen, die intraarteriell infiziert worden waren — verneint werden. Vortragender hat weiter die Frage beantwortet, ob bei Lungentuberkulose Tuberkelbazillen im Blute kreisen. Der Tierversuch ergab unter den 100 ersten Fällen, von denen Blut verimpft wurde, 40 positive Resultate. Meist war die erzielte Meerschweinchentuberkulose eine protrahiert verlaufende, ähnlich derjenigen, welche von pathologischen Anatomen mit Verimpfung von alten verkalkten und verkreideten Herden erzielt worden ist. Mit der Antiforminmethode fand Liebermeister bei 20 offenen Tuberkulösen jedesmal Antiformin- und säurefeste Stäbchen im Blute. Auch für die Frage, ob nach klinischer Abheilung tuberkulöser Erkrankungen die Tuberkelbazillen aus der Blutbahn verschwinden, gab das Tierexperiment in der Richtung Auskunft, daß in zwei Fällen von vor 30 respektive 10 Jahren abgeheilter Skrofulose mit Blut Meerschweinchen-Impftuberkulose erzeugt wurde. Mit der morphologischen Methode gelingt es viel häufiger, im Blute säurefeste Stäbchen bei solchen Fällen nachzuweisen. Die wichtigste Frage ist die, ob schon, ehe es zu „tertiär"-tuberkulösen Lokalerkrankungen kommt, Tuberkelbazillen im Blute nachweisbar sind. Liebermeister hat auch bei solchen Fällen, bei denen klinisch keinerlei tuberkulöse Lokalerkrankungen nachweisbar waren, mit Blut der Patienten Impftuberkulose erzielt. Sehr viel häufiger gelingt der morphologische Nachweis der säurefesten Stäbchen im Blute, auf 1 positives Tierexperiment etwa 10 positive morphologische Befunde bei solchen Fällen. Zur „sekundären" Tuberkulose rechnet Liebermeister die Skrofulosen ohne käsige Erweichung, eine große Anzahl „rheumatischer" Erkrankungen, nicht nur die Entzündungen seröser Häute, die heute ja allgemein in der großen Mehrzahl der Fälle zur Tuberkulose gerechnet werden, sondern auch einen Teil der akuten fieberhaften

und chronischen Gelenkschwellungen, Endocarditis verrucosa, Myocarditis „rheumatica", Neuritis, Peliosis, Erythema nodosum, die „rheumatische" Iritis und andere Augenerkrankungen, die Tuberkulide; endlich die so häufigen, heute noch schwer zu klassifizierenden Anämien, Pseudochlorosen und ähnliche Erkrankungen, die Liebermeister schon immer tuberkuloseverdächtig erschienen und häufig später zu „tertiärer" Tuberkulose führen. Allen Erscheinungsformen der „sekundären" Tuberkulose ist gemeinsam: 1. die relative Gutartigkeit des einzelnen Krankheitsfalles; 2. die außerordentlich starke Neigung zu Rezidiven, wobei die einzelnen Symptomenbilder sich abwechseln können; 3. die meist sehr starke Tuberkulin-Allgemeinreaktion; 4. das Vorhandensein von säurefesten Stäbchen, in einem Teile der Fälle von tiervirulenten Tuberkelbazillen im Blute. Der Begriff der „inaktiven" Tuberkulose ist zu beseitigen, weil die meisten derartigen Fälle Krankheitssymptome aufweisen, die sie nötigen, den Arzt aufzusuchen. Auch der Begriff der „latenten" Tuberkulose muß fallen; denn die wissenschaftliche Forschung hat die Pflicht, das Gebiet der „latenten" Tuberkulose so zu erhellen, daß diese Äußerungen der tuberkulösen Erkrankung nicht mehr „latent" bleiben. Keller (Berlin).

Wortman. *Die Heilung der Nierentuberkulose.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, II, S. 1189.)

An der Hand von persönlichen Erfahrungen wird die Frage, ob die Tuberkulose der Niere eine chirurgische Behandlung (Nephrektomie) oder eine mehr konservative erfordert, einer eingehenden Kritik unterworfen.

Der Meinung, welche Legueu und Chevassu auf dem letzten Tuberkulosenkongreß (Rom 1912), ausgesprochen haben, daß nach den bisherigen klinischen Erfahrungen nur die chirurgische Behandlung am Platze sei, wird von Wortman wohl für den Erwachsenen zugestimmt, nicht aber für die Kinder, solange bei diesen der Prozeß nicht zu weit gefördert ist.

Wortman konnte sogar aus seinem eigenen Material bei 26 Patienten 2 vollkommene Heilungen bei Erwachsenen bei konservativer Behandlung feststellen.

Wortman behauptet weiter, daß in den Fällen, wo diese spontane Heilung auftrat, diese bei Erwachsenen stets mit Verlust der Organfunktion einhergeht, während diese bei Kindern vollkommen intakt bleiben kann.

Man ist deshalb berechtigt, diese Behandlung, bei jugendlichen Personen erst dann vorzuschlagen, wenn zuvor alle anderen Behandlungsweisen erfolglos geblieben sind. Dieses Abwarten sollte aber geschehen mit dem Bistouri in der Hand, nur in den früheren Stadien der Krankheit und unter stetiger Kontrolle.

Wortman konkludiert deshalb folgendes:

1. In allen Fällen, wo aus der einen Niere Harn fließt, welcher Eiterkörperchen und (oder) rote Blutkörperchen mit Tuberkelbazillen

enthält und in welchen die Funktion der andern Niere einen chirurgischen Eingriff gestattet, ist die Nephrektomie indiziert.

2. Nur bei jugendlichen Personen (unter 20 Jahren) ist eine konservative Behandlung in der Frühperiode gestattet.

Graanboom.

R. Dupérié. *Gommes tuberculeuses hypodermiques multiples chez un nourrisson. Méningite aiguë terminale à méningocoques et à bacilles de Koch.* (Arch. de Méd. des enf., Bd. XV, H. 8.)

Eigentümlicher, aber nicht genügend aufgeklärter Fall. Ein anderer primärer tuberkulöser Herd als die subkutanen Knoten ließ sich nicht nachweisen. Auch die Infektionsgelegenheit und der Infektionsweg blieb unbekannt, da das Kind an der Brust genährt war und die Mutter keine Anzeichen einer tuberkulösen Affektion aufwies. Die Meningitis, die sich durch den Befund zweier Erreger auszeichnete, trug einerseits die Charaktere der basalen Meningitis, anderseits ließ der plötzliche Ausbruch der Erkrankung sowie ein heftiger Katarrh der Nase und Konjunktiven an die Möglichkeit einer eitrigen Meningitis denken. Thorspecken (Bremen).

Rumpf (Ebersteinburg). *Über das Vorkommen von Tuberkelbazillen im Blutstrom.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 1951.)

Literaturübersicht. Eigene Untersuchungen, 2. Teil mit Zeißler. Die Autoren fanden gleichfalls in einer Reihe von Fällen Tuberkelbazillen im Blute. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Bontemps (Hamburg-Altona). *Über Auflösungsversuche von Tuberkelbazillen in Neurin und verschiedenen Alkalien und Säuren.* (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Orig., XV, S. 436.)

Die von Weycke und Much publizierten Versuche, nach denen Tuberkelbazillen in Neurin, Cholin usw. in kurzer Zeit aufgelöst werden, konnten vom Verf. nicht bestätigt werden. Das entspricht den Angaben der meisten Nachprüfungen. Obigen Präparaten kommt ebenso wie einigen organischen Säuren (Weinsäure, Milchsäure, 50%ige wässerige Lösung) eine gewisse klärende Eigenschaft von Tuberkelbazillenemulsionen zu.

Aus diesen Gemischen angelegte Kulturen zeigten Wachstum von Tuberkelbazillen; tierexperimentelle Prüfungen erfolgten nicht.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Alfred Hüssy (Kinderarzt in Zürich.) *Die Sonnen- und Freiluftbehandlung der chirurgischen Tuberkulose im Hochgebirge.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, Nr. 19, 1912.)

Verf. berichtet in diesem Vortrage in anziehender Weise über die Erfahrungen, die er im Jahre 1911 als Hausarzt der Rollierschen Klinik in Leysin (Kanton Waadt) machen konnte, bezüglich der Sonnentherapie der chirurgischen Tuberkulose. In den drei Rollierschen Kliniken — (1250, 1350 und 1500 m hoch gelegen) — sorgen breite Einzelgalerien für ausgiebigen Zutritt der Sonne. Nur

in den Kinderabteilungen liegen mehrere Patienten auf derselben Galerie. Alle Kranken werden nur vorsichtig und sukzessive der strahlenden Hochgebirgssonne ausgesetzt, indem die erkrankte Körperpartie und gleichzeitig gesunde Partien des Körpers erst nur wenige Minuten, allmählich immer längere Zeit isoliert werden. Nach und nach gewöhnen sich die Kranken, nicht nur den ganzen Tag Luft-, sondern auch stundenlange Sonnenkuren zu machen. Nur der Kopf wird zur Vermeidung von Kongestionen durch Schirm geschützt. Daneben werden, abgesehen von Lebertran, sozusagen keine Medikamente verabreicht. Neben der bekannten, hervorragenden Besserung des Allgemeinbefindens — (Appetit-, Gewichtszunahme, verschieden starke Hautpigmentierung, deren Grad im allgemeinen direkt proportional ist der Resistenzvermehrung des Kranken!) — zeigt sich zunächst eine auffällige schmerzstillende, sodann eine verschieden rasch fortschreitende heilende Wirkung des Sonnenlichtes auf das Lokalleiden. Alle Tuberkuloseformen, ganz speziell aber die infantilen, geschlossenen Knochentuberkulosen, werden sehr günstig beeinflußt. Prognostisch am günstigsten sind alle oberflächlich gelegenen Tuberkulosen, speziell diejenigen der Hand- und Fußwurzelknochen und die geschlossenen der Wirbelsäule. Auch viele, hauptsächlich erweichte Lymphdrüsenpakete gehen recht schön zurück sowie eine gelegentliche, die Knochenaffektion komplizierende Lungentuberkulose. Das von anderer Seite dabei gemeldete Auftreten von Hämoptöe möchte Hüssy einer unvorsichtigen Dosierung der Heliotherapie zuschreiben. Die ganze, über viele Monate sich erstreckende Behandlungsweise ist eine streng konservative. Operative Eingriffe werden nur noch ausgeführt, wenn es gilt dem Eiter einer sekundär infizierten Tuberkulose Abfluß zu verschaffen. Rezidive sollen sehr selten sein und fast nur bei Patienten mit komplizierender Lungentuberkulose vorkommen, die sowieso eine schlechtere Prognose geben.

Unter Hinweis auf die von Bardenheuer in Köln, einem bisher radikalen Chirurgen, erzielten Erfolge mit der Heliotherapie in dessen Kölner Spital, also in der Ebene, plädiert Verf. zum Schluß energisch für die Einrichtung von Solarien in allen chirurgischen Tuberkulosenabteilungen, „da wir bei konsequenter Anwendung der Sonnentherapie auch bei uns in der Ebene, wenn auch nicht so Vorzügliches wie im Hochgebirge, so doch viel bessere Resultate ohne Verstümmlung der Patienten werden erzielen können, als man sie bisher erreicht hat". Wieland (Basel).

B. Martin. *Untersuchungen über das Vorkommen latenter Tuberkulose bei Kindern und den Einfluß derselben auf den Verlauf von Infektionskrankheiten.* (Char.-Ann., 1912, Bd. XXXVI, S. 383.)

Bei Kindern, die an Infektionskrankheiten gestorben waren, fand sich eine bemerkenswert große Anzahl mit latenter Tuberkulose; unter diesen Fällen ist die starke Beteiligung der Mädchen auffällig. Dabei macht es jedoch keinen Unterschied, ob die Kinder

an Diphtherie, Scharlach oder Masern ad exitum gekommen waren. Interessant ist ferner, daß bei keinem mit kongenitaler Lues zugrunde gegangenen Kinde latente Tuberkulose nachweisbar war.

R. Weigert (Breslau).

Coseo, Rosa und **Benedictis** (Rom). *Über einen Fall kutaner Rindertuberkulose beim Menschen.* (Zentralbl. f. Bakt., Orig. I, 1912, Bd. LXVI, S. 161.)

Die Infektion erfolgte durch ein tuberkulöses Rind. Der Prozeß blieb lokalisiert. Die Bazillen änderten trotz ihres Aufenthaltes im menschlichen Körper den Typus bovinus nicht.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Zweig (Berlin). *Beitrag zur Serodiagnostik der Tuberkulose.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, S. 1845.)

Mit Hilfe einer neuen Versuchsanordnung der Komplementablenkung ließ sich in den meisten Fällen von Tuberkulose eine Reaktion erreichen, die in hohem Grade spezifisch ist.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

G. Levaditi. *Les travaux récents sur l'étiologie de la scarlatine.* (La Presse Méed., 1912. Nr, 69.)

Zusammenstellung der Ergebnisse der aus dem Jahre 1911 und 1912 stammenden Arbeiten von Cantacuzène, G. Bernhardt, Landsteiner, Levaditi und Prasek über diesen Gegenstand. Als erstes Ergebnis der bisherigen Untersuchungen sieht Verfasser folgendes an: Die Verimpfung des Scharlachvirus auf Affen und insbesondere auf Anthropoide kann ein Krankheitsbild hervorrufen, dessen Ähnlichkeit mit dem menschlichen Scharlach zuweilen frappant ist. Die niederen Affen bieten gegenüber dem Scharlacherreger nicht konstante Sensibilität, dagegen zeigen sich die Anthropoiden empfänglicher. Das Scharlachvirus scheint in den Tonsillen, im Blut, in den Lymphdrüsen und vielleicht auch in der Perikardialflüssigkeit vorhanden zu sein. Die Natur dieses Virus ist uns vollständig unbekannt und dasselbe gilt von den natürlichen Eintrittspforten und Ausscheidungswegen. A. Keller (Berlin).

M. de Biehler. *Le régime dans la scarlatine.* (Arch. de Méd. des enf., Bd. XV, H. 10.)

In Anbetracht des Umstandes, daß bei Fragen wie der Scharlachdiät nur sehr große Zahlenreihen Beweiskraft besitzen können, vermag das kleine Material der Verf. die Resultate Pospischills und Weiß wie anderer Autoren nicht zu erschüttern.

Thorspecken (Bremen).

Björksten (Helsingfors). *Serumbehandlung des Scharlachs.* (Finska läkaresällskapets handl. 54, 1912, Kongreßzentralbl., III, S. 122.)

Von 82 Scharlachfällen wurden 3 mit russischem, die anderen mit Moserschem Scharlachserum behandelt.

Im allgemeinen wurde Besserung beobachtet, trotzdem starben 14 Patienten. Verf. empfiehlt, 100 bis 200 cm³, für gewöhnlich subkutan, in verzweifelten Fällen intravenös, möglichst in den ersten 4 Krankheitstagen zu injizieren. Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Jochmann. *Über Immunotherapie beim Scharlach.* (Veröffentl. a. d. Geb. d. Med.-Verw., Bd. I, H. 2, 1912.)

Nach einer kritischen Literaturübersicht berichtet Verf. über eigene Versuche mit Streptokokkenvakzination und Serumtherapie.

Bei 130 vakzinierten Patienten war eine günstige Beeinflussung nicht zu ersehen. 90 Patienten, die mit wenigstens 50 cm³ Antistreptokokkenserum von Meyer und Ruppel subkutan oder intravenös behandelt wurden, zeigten einen leichteren Krankheitsverlauf.

Schwer toxische und septische Fälle waren nicht zu beeinflussen.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Edgar Reye (Hamburg-Eppendorf). *Über das Vorkommen von Diphtheriebazillen in den Lungen.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 44.)

Verf. untersuchte die Lungen von 43 frischen und 24 abgelaufenen Diphtherien (abgelaufen = klinisch sichere, bakteriologisch erhärtete Diphtherie, die bei der Sektion aber keine Membranen mehr aufwiesen) bakteriologisch auf Löfflersche Bazillen und fand sie bei 56 (d. h. bei 85 Prozent) 6 mal in Reinkultur, 27 mal mit Erysipelstreptokokken, 23 mal mit anderen Bakterien. Es fiel bei den Sektionen auf, daß die betreffenden Lungen oft bronchopneumonische Herde aufwiesen: in 67 Fällen 29 mal = 43%, etwas weniger also als die von Baginsky gefundenen 50 Prozent.

Unter den 56 Fällen mit positivem Bazillenbefund in den Lungen fanden sich nun 27 mal (= 48%) bronchopneumonische Herde, woraus Reye eine Bedeutung des Löfflerschen Bazillus für die Lunge herleitet, wenngleich dieselbe nicht allzuhoch bewertet werden darf, da über die Hälfte der Fälle entzündliche Veränderungen (auch bei mikroskopischer Untersuchung) vermissen ließ. Mehr Interesse bieten dagegen die Ergebnisse bei den 18 abgelaufenen Fällen mit positivem Bazillenbefund: Hier waren 6 mal Bronchopneumonien nachweisbar, 12 mal waren die Lungen gesund. Diese 12 Fälle sind, wie Reye mit Recht bemerkt, sehr lehrreich: sie beweisen, daß der Diphtherieprozeß abgelaufen sein kann, die Lungen ganz intakt erscheinen können und doch noch kultivierbare Diphtheriebazillen beherbergen. In einem Falle noch am 20. Tage nach der stattgehabten Injektion. Reye weist daraufhin, daß die Hygiene diesen Beobachtungen Rechnung tragen und in Betracht ziehen müsse, daß trotz keimfreien Nasopharynx usw. doch noch eine Verbreitung von Keimen durch die Exspirationsluft stattfinden kann. Demgegenüber müssen doch aber wohl auch in den oberen Luftwegen, die ja ständig von der Exspirationsluft durchstrichen werden, Keime nachweisbar sein?

Bei 38 frischen Diphtherien fanden sich vereint mit positivem Bazillenbefund in den Lungen auch entzündliche Veränderungen; eine Tatsache, die nicht weiter überrascht. Klotz.

Barikine. *Études sur la réaction entre la toxine et l'antitoxine diphtériques.* (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Orig., XV,S. 329.)

Seine an Meerschweinchen als Versuchstieren gemachten Erfahrungen faßt Verf. folgendermaßen zusammen:

1. Der Heilwert des Diphtherieserums ist unabhängig von seinem Antitoxingehalte, bestimmt nach Ehrlich.

2. Um sich eine exakte Vorstellung von der Wirksamkeit des Diphtherieserums zu machen, muß man nicht nur die Menge der Antitoxine bestimmen, sondern auch die Avidität, eine prinzipielle Eigenschaft, dank welcher das Serum mit größerer oder geringerer Energie Toxin aus seiner Verbindung mit der vergifteten Zelle herauszieht.

3. Die Avidität des Diphtherieserums und sein Antitoxingehalt muß in vitro und in einem kolloidalen Milieu, wie z. B. im Pool-Serum des Versuchstieres, bestimmt werden,.

4. Die möglichst schnelle Bindung (Optimum der Reaktion) von Diphtherietoxin und Antitoxin liegt in den Grenzen einer bestimmten Konzentration der beiden Komponenten. Ein Überschuß an Antitoxin kann zuweilen die Reaktion hemmen.

5. Die Bindung von Toxin-Antitoxin ist eine reversible Reaktion. Diese Eigenschaft kann die Ursache einiger postdiphtherischer Lähmungen sein. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Abramow (Moskau). *Pathologisch-anatomische Studien über experimentelle Diphtherieintoxikation und Diphtherieimmunität.* (Beitrag zur Kenntnis der Pathogenese der Diphtherie.) (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Orig., XV, 1912, S. 12.)

Nach einem Literaturüberblicke über die Pathogenese der Diphtherieintoxikation berichtet Verf. über seine Versuche an Kaninchen und besonders an Meerschweinchen. Diese wurden getötet, Serie 1 durch sehr große Dosen, Serie 2 durch mittlere Dosen, Serie 3 nach subletalen Dosen von Diphtherietoxin. Die weiteren Untersuchungen erstrecken sich auf Pferde, die gegen Diphtherietoxin immunisiert waren.

Danach schließt Verf.: „Das Diphtherietoxin ist ein ausgesprochenes Gift für die Nebennieren.

2. Subletale Dosen Toxin erhöhen die Adrenalinsekretion, mittlere setzen sie herab, große bringen sie zum Versiegen.

3. Der Tod ist Folge des Adrenalinmangels, der Blutstase bedingt.

4. Bei subletalen Dosen kommt es zu entzündlichen Veränderungen des Myokards durch direkten Einfluß des Diphtherietoxins. Th. Messerschmidt (Straßburg).

v. Drigalski. *Zur Epidemiologie und Bekämpfung der Diphtherie.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, S. 1791.)

Seit fast 5 Jahren hat Verf. in Halle einen Versuch im Gange, systematisch auf breiter Grundlage in einer stark verseuchten Industriestadt von über 185.000 Einwohnern gegen die Diphtherie vorzugehen. Die Einzelheiten dieses Vorgehens werden erörtert und die sich dabei ergebenden Probleme besprochen. Als eine wichtige und fast unerläßliche Vorbedingung für die systematische Diphtheriebekämpfung sieht Verf. die schulärztliche Versorgung an und für die Verhütung der Übertragungen ist die Aussperrung der Bazillenträger und Dauerausscheider von allergrößter Wichtigkeit, wenn die Bekämpfung nach bakteriologischen Gesichtspunkten durchgeführt werden soll. In Halle hat die Erfahrung gelehrt, daß 4 Wochen und länger nach der Genesung von 1812 nachuntersuchten Kindern nur 6 Kinder vom Schulbesuche ferngehalten werden mußten; nur ein einziges Mal währte die Ausscheidung und demgemäß die Aussperrung 3 Monate. Ebenso darf man mit Bestimmtheit aussagen, daß im allgemeinen die Löfflerschen Keime bei gesunden Bazillenträgern nur kurze Zeit haften. In den Jahren 1906 bis 1911 ist ein ganz erheblicher Rückgang der Diphtherieerkrankungen in Halle zu konstatieren: von etwa 1300 bis auf weniger als 600. Weiter ist zu konstatieren, daß die Schulen nur in einem einzigen Falle eine möglicherweise auf sie zu beziehende Verbreitung der Krankheit erkennen ließen, daß sonst aber bei über 25.000 Schulkindern 4 Jahre hindurch keinmal eine Infektion durch die Schule ermittelt wurde, trotz ständiger genauer Nachuntersuchungen. Inwieweit diese Tatsachen den getroffenen Maßnahmen als Erfolg anzurechnen sind, überläßt der Verf. der Beurteilung des Lesers. A. Keller (Berlin).

Bénesi (Wien). *Ein Beitrag zur Diphtherie des Mittelohres.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, S. 1385.)

Ein Fall primärer Diphtherie des Ohres; Verf. schließt daran eine Literaturbesprechung an, schlägt ein Schema zur Einteilung vor.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Lorcy (Hamburg.) *Neue Gesichtspunkte zur Behandlung der Diphtherie, des Scharlachs und von eitrigen Prozessen.* (Med. Klinik, 1912, S. 1069.)

Neben der Injektion von Heilserum (1000 bis 3000 I. E.) wurde 400faches Heilserum 1 : 30 mit physiologischer Kochsalzlösung oder 50%iger Karbollösung verdünnt lokal angewandt. Bei Rachendiphtherie geschah das durch Gurgeln, durch Spray, bei Nasendiphtherie mit Tampons, bei Konjunktivaldiphtherie durch Einträufeln. Die Erfolge waren „überraschend" gute. Die Membranen wurden schnell abgestoßen.

Bei Scharlachangina hatte normales Pferdeserum, lokal angewandt, guten Erfolg, desgleichen bei übrigen Prozessen, wenn dasselbe zum Tränken der Tampons diente.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Berry und **Blackburn** (New York). *Vergleichende Untersuchungen über Toxinbildung von verschiedenen Diphtheriestämmen.* (Journ. of infect. dis., 1912, S. 404.)

Quantitative Unterschiede in der Giftbildung der Stämme hängt ab von den Nährböden, nicht von Vitalitätsänderungen der Bazillen. Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Ménard. *Lipoide des Diphtheriebazillus.* (Compt. rend. hebdom. de séanc. de la soc. de biol., 1912, S. 980 u. 1081.)

Die im Soxhletschen Apparat mit Äther und Alkohol extrahierten Lipoide der Diphtheriekulturen erzeugten Infiltrate, Nekrosen, Pseudomembranen, Peritonitis, Paraplegien usw. Sie spielen daher in der Pathologie der Diphtherie eine große Rolle. Aktive Immunisierung gegen Lipoide gelang nicht. Anaphylaxie war nicht zu erzeugen. Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Conradi und **Troch** (Halle). *Ein Verfahren zum Nachweis der Diphtheriebazillen.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 1652.)

Der übliche Tupfer wird auf einer gewöhnlichen Löfflerplatte ausgestrichen. Nach 3 Stunden bei 37° wird diese mit einem neuen Tupfer und physiologischer Kochsalzlösung abgestrichen und auf eine „Tellurplatte" gebracht. Auf dieser wachsen die Diphtheriebazillen als schwache Kolonien. Die Auffindung ist dadurch erleichtert, die positiven Befunde vermehrten sich um mehr als 50%.

Die „Tellurplatte" besteht aus dem Löfflerschen Traubenzucker-Blutserum, dem 0·6% apfelsaures Kalzium und 2·0 cm^3 einer 1%igen Lösung von Kalium tellurosum zugesetzt sind.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Rosa Berkowitz. *Rheumatismus nodosus im Kindesalter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LIX, H. 1/2.)

Ausführliche Krankengeschichten von 3 Fällen und kürzere Mitteilungen über 2 weitere Fälle. Nur 1 Fall endete tödlich; die Beobachtungszeit der anderen Fälle ist allerdings zum Teil noch keine lange. In sämtlichen Fällen waren Erkrankungen des Herzens hinzugetreten, in 2 Fällen auch eine Chorea.

In der zusammenfassenden Erörterung und Literaturübersicht bespricht Berkowitz ausführlicher die öfter beim Rheumatismus nodosus zu beobachtenden Fingerkontrakturen, die den echten Dupuytrenschen Kontrakturen äußerlich sehr ähnlich sind. Bei der Dupuytrenschen Kontraktur ist die Haut aber — im Gegensatz zum Rheumatismus nodosus — mit der Unterlage verbacken. Die Unterscheidung beider Prozesse ist wegen der durchaus verschiedenen Prognose, die bei der Nodosuskontraktur gut sei und wegen der verschiedenartigen Behandlungsweise von Bedeutung. Fibrolysininjektionen, ferner Fangobäder sollen bei der letzteren helfen. Bei der Dupuytrenschen Kontraktur wirke jede Behandlung eher schädlich. Thorspecken (Bremen).

R. Duthoit. *Soixante-douze cas de coqueluche traités par le sérum Bordet-Gengou.* (Bull de la Soc. Roy. des sciences méd. et nat. de Bruxelles, Nr. 7, 1912.)

Duthoit selbst vermag aus seinen Versuchen keinen bestimmten Schluß zu ziehen und beschränkt sich darauf, die Unschädlichkeit des Serums zu konstatieren. Er empfiehlt für die Anwendung desselben bei weiteren Versuchen, möglichst im Beginne größere Dosen zu injizieren, auch Säuglingen 30 cm^3 (obgleich er selbst nur 10 bis 20 cm^3 pro dosi injiziert hat) und die Dosen in Abständen von 4 bis 5 Tagen zu wiederholen. Bei längeren Intervallen wurden anaphylaktische Erscheinungen (Exantheme, zum Teil mit Fieber u. a.) beobachtet. Die Wirkung der Injektion scheine sich schnell zu erschöpfen und älteres Serum an Wirksamkeit einzubüßen. — Duthoits Versuche lassen jedenfalls von dieser Therapie wenig erhoffen.

Thorspecken (Bremen).

E. Döbeli (Bern). *Zur Ätiologie und Pathologie des Keuchhustens.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, Nr. 4, 1912.)

Döbeli sieht im Keuchhusten ähnlich wie Czerny eine gerne übertragbare, aber keineswegs ätiologisch einheitliche Krankheit. Keuchhusten ist nur ein klinischer Symptomenkomplex, ähnlich wie z. B. die Pneumonie, der jederzeit dann entstehen könne, wenn verschiedenartige katarrhalische Infektionen die Respirationsorgane eines in bestimmter Hinsicht belasteten, nämlich eines neuropathischen Individuums betreffen. „Um typische Keuchhustenanfälle zu bekommen, muß das betreffende Kind solche gehört und vielleicht auch gesehen haben." Die Anfälle würden also bloß durch psychische Infektion, d. h. durch Imitation zustande kommen.

Wieland (Basel).

E. Feer (Zürich). *Zur Ätiologie und Pathologie des Keuchhustens.* Bemerkungen zu der gleichnamigen Abhandlung von Döbeli. (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, Nr. 6, 1912.)

Unter Hinweis auf die bekannte Tatsache, daß Pertussis im Stadium katarrhale am ansteckendsten ist, sowie auf die häufigen Pertussisinfektionen von Säuglingen, die einer psychischen Infektion oder Suggestion nicht zugänglich sind, verweist Feer die rein psychische Infektion bei Pertussis ins Gebiet der Fabel.

Weder die Auffassung von Czerny noch die viel weiter gehende von Döbeli vermöge die allgemeine Überzeugung zu erschüttern, daß der Keuchhusten eine spezifische Infektionskrankheit sei.

Wahr sei nur, daß die Neuropathen im allgemeinen stärkere Anfälle bekommen als nicht nervös veranlagte Kinder, was auf die hohe Bedeutung des Nervensystems und der Psyche für den Verlauf und auch für die Behandlung des Keuchhustens hinweise.

Die praktisch gefährlichen Anschauungen von Döbeli sowie von Czerny seien in ihren weitgehenden Schlußfolgerungen abzulehnen.

Wieland (Basel).

E. Döbeli. *Zur Ätiologie und Pathologie des Keuchhustens.* (Erwiderung auf die Bemerkungen von Prof. E. Feer.) (Ibidem, Nr. 23, 1912.)

Verf. verweist auf seine demnächst erscheinende Abhandlung über die Therapie des Keuchhustens und weist den ihm von Feer gemachten Vorwurf der Gemeingefährlichkeit zurück, da auch er strengste Isolierung Keuchhustenkranker fordere und zuweilen durchführe. Wieland (Basel).

Delcourt. *Die Diagnose des atypischen Keuchhusten durch die Bordet-Gengousche Reaktion.* (La Pathol. inf., 1912, Bd. IX, S. 1.)

Während einer Epidemie wurde mit der Komplementbindungsmethode festgestellt, daß wesentlich mehr Kinder und auch Erwachsene positive Reaktion gaben, als nach den klinischen Symptomen zu erwarten war. Verf. hält diese für die Formes frustes und betrachtet danach die Serumreaktion für diagnostisch einerseits, für die Bekämpfung anderseits sehr wertvoll.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

A. Delcourt. *Le diagnostic de la coqueluche fruste par la réaction de Bordet.* (Pathol. inf.. 1912, Nr. 1.)

Abortivfälle von Keuchhusten sind zahlreicher, als man denkt; beim Erwachsenen wie beim Kinde verdient die Symptomatologie dieser Fälle besondere Beachtung. Philips (Antwerpen).

Studte (Gelsenkirchen). *Vergleichende Untersuchungen über den Wert einiger neuer Typhusnährböden.* (Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt., 1912, Bd. LXXII, S. 467.)

Der Endosche Nährboden bewährte sich bei den Untersuchungen am besten. Th. Messerschmidt (Straßburg. E.).

Géza Királyfi (Budapest). *Die bakteriologische und chemische Untersuchung der Galle in vivo; diagnostisches Verfahren in der Frühdiagnose des Typhus abdominalis.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, S. 1985.)

1. „Die obere Partie des Duodenums erscheint unter normalen Verhältnissen steril (von 69 Fällen 39 mal [56·5%]).

2. Die bakteriologische Untersuchung der durch das Ölprobefrühstück erhaltenen Galle führt beim größten Teil der Fälle von Cholezystitis zu positivem Resultate. Das ätiologische Bakterium scheint mit angegebener Methode nachweisbar zu werden.

5. Die . . . bakteriologische Untersuchung des (bei dem Probefrühstück entleerten Mageninhalts) verspricht ein sehr wichtiges diagnostisches Verfahren in der Frühdiagnose des Typhus abdom. zu werden. Es kann schon zu einer Reinkultur des Typhusbazillus führen um eine Zeit, wo die Widalsche Reaktion negativ ist, ebenso,

wenn auch die bakteriologische Untersuchung des Blutes und der Fäzes erfolglos bleiben." Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

J. Malaise. *Une épidémie de fièvre typhoide.* (Scalpel 26. Mai 1912.)

Alle Fälle wurden nach Chauffard mit Erfolg mit Urotropin (1·5 bis 4 g pro Tag während 25 bis 45 Tagen) behandelt.

Philips (Antwerpen).

Rimpau (München). *Die Unzuverlässigkeit der Agglutinationsreaktion bei der Diagnose der Para-Typhus-B-Bazillen.* (Arch. f. Hyg., 1912. Bd. LXXVI. S. 313.)

Verf. prüft 44 Paratyphus-B-Stämme gegen 6 verschiedene Paratyphus-B-Sera in ihrem agglutinatorischen Verhalten. Es zeigt sich, daß die verschiedenen Stämme ganz verschieden beeinflußt werden. Ein Stamm (29) wurde von einem agglutinierten Serum (Titer 1 : 6000) 1 : 100, von einem andern Serum bis zur Titergrenze 1 : 20.000 agglutiniert. Näheres siehe Tabelle I. Danach wäre bei sogenannten „nicht agglutinabelen Stämmen" die Agglutinationsreaktion mit verschiedenen Seren zu prüfen. Bei der Bedeutung der Paratyphusinfektionen bei der Wurst- und Fischvergiftung dürfte die Arbeit besonders wertvoll sein.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

B. Zabel. *Meningitis purulenta aseptica.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXV, S. 211.)

Es handelt sich um eine apoplektiform einsetzende, schnell in Genesung übergehende Erkrankung des Zentralnervensystems bei einem 12jährigen Knaben. Es bestanden alle klinischen Kennzeichen meningealer Reizung. Der Liquor cerebrospinalis enthielt Blut und reichliche Leukozyten, war aber steril. Die Erkrankung ging nach 4 Wochen in Genesung aus, die Ätiologie blieb unklar. Besondere Beachtung verdient das Verhalten der Leukozyten des Punktats. Diese zeigten am ersten Tage weder chemisch noch mikroskopisch Anzeichen von Zerfall; dieser war jedoch vom zweiten Tage an bemerkbar. Es kam zu einer restlosen Verwandlung der Leukozyten in einen amorphen Detritus. Möglicherweise ist diese für eine Meningitis ungewohnte Erscheinung auf die nach der ersten Lumbalpunktion einsetzende Verabreichung hoher Urotropindosen zu beziehen.

R. Weigert (Breslau).

Kurt Blühdorn. *Meningitis serosa und verwandte Zustände im Kindesalter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, S. 1796.

Im ganzen werden 10 Fälle besprochen: 3 davon Meningitis serosa infolge von Pneumonie; 2 im Anschlusse an Keuchhusten; die übrigen Fälle, in denen die Meningitis allein das Krankheitsbild beherrschte. Besonders beachtenswert ist die relative Häufigkeit des

Ausgangs der Erkrankung in Imbezillität beziehungsweise Idiotie, wobei es unentschieden ist, ob neben dem meningitischen Prozeß vielleicht noch eine Enzephalitis als Ursache in Frage kommt.

A. Keller (Berlin).

Günther (Wien). *Schweinerotlauf beim Menschen. Gleichzeitig ein Beitrag zur Erysipeloidfrage.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, S. 1318.)

Nach eingehender Literaturübersicht teilt Verf. 7 weitere Fälle mit, in denen sich eine große Übereinstimmung zwischen der Stäbchenrotlaufdermatitis der Schweine und dem Erysipeloid des Menschen dartut. Rotlaufserum hatte guten Erfolg.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Schastnij. *Agglutination und Komplementbildung bei Bubonenpest.* (Vortag, Moskau, April 1912.) (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 26. Sept. 1912, S. 436.)

Bei 30 Pestkranken war die Agglutinationsreaktion in 26, die Komplementbildung in 24 Fällen im Patientenserum positiv. Die günstigste Zeit für positive Reaktion fand Verf. zwischen dem 11. und 40. Krankheitstage. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Amako und **Kojima.** *Komplementbindung bei Cholera und der Wert der Komplementbindungsmethode mit den Fäzes für die rasche serologische Choleradiagnose.* (Zeitschr. f. Chemotherap., 1912, Orig., S. 94.)

30% der Choleraträger hatten im Serum positive Komplementbindungsreaktion. Die Agglutination war in 35% positiv.

Verff. verwandten die in Peptonwasser angereicherten Fäzes als Antigen, hochwertiges Choleraimmunserum als Antikörper und konnten häufig positiven Ausfall der Komplementbindung nachweisen. In wenigen Stunden wäre danach eine sichere Diagnose zu stellen.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Romm und **Balaschow** (Kiew). *Die Ruhrepidemie der Jahre 1910 bis 1911 in Kiew und ihre Erreger.* (Zentralbl. f. Bakt., Orig. I, 1912, Bd. LXVI, S. 246.)

Als solche werden fast ausschließlich (90·2%) Shiga-Kruse-Bazillen ermittelt. Agglutination, Gärungsvermögen erwiesen sich zur Differenzierung geeignet.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Messerschmidt (Straßburg). *Über das Vorkommen von Bakterien der Ruhrgruppe (Typus Y) in der Außenwelt.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 1827.)

Befund von Bazillen, die von den Erregern der Ruhr (Y) nicht zu unterscheiden waren, in normalen Kaninchenfäzes. (Autoreferat).

Mayer (Nürnberg). *Eigenartige bakteriologische Befunde bei Gesunden aus der Umgebung Ruhrkranker.* (Zentralbl. f. Bakt., I, Orig., Bd. LXVI, S. 328.)

In der Umgebung von Ruhrkranken fand Verf. in den Fäzes dysenterieverdächtige Kolonien, die sich zunächst von echten Ruhrbazillen kulturell unterschieden. Nach i. p. Injektion einer solchen Kultur starb das Versuchstier (Maus). Aus dem Herzblute wurden typische Ruhrbazillen gezüchtet. Nach längerer Fortzüchtung auf künstlichen Nährböden gelang diese Umwandlung nicht mehr.

Verf. betrachtet Träger der atypischen Bazillen als „Ruhrbazillenträger". Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Christie. *Vaccines in suppurative otitis media.* (Vakzinebehandlung bei eitriger Mittelohrentzündung.) (Med. Record, 28. September 1912.)

Bedeutende Erfolge sind bloß in subakuten Fällen zu erwarten; bei den akuten steht die lokale Behandlung entschieden obenan, auch bei den chronischen ist bloß bei sehr günstigen Umständen Erfolg zu erwarten. Wachenheim (New York).

Erich Plate und **Felix Lewandowsky.** *Über einen Fall von symmetrischer Schwellung der Speichel- und Tränendrüsen, nebst Beteiligung des lymphatischen Apparates und der Haut.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXV, S. 539.)

Die Erkrankung trat bei einem aus gesunder Familie stammenden, bis dahin selbst gesunden 12jährigen Knaben auf. Sie war mit einem dem Erythema nodosum ähnlichen Exanthem, einer Beschleunigung der Herzaktion bei subfebrilen Temperaturen, Störung des Allgemeinbefindens, Schwellung der Milz und der Lymphdrüsen verknüpft. Die letzteren Symptome unterscheiden den Fall von der Mikuliczschen Krankheit. Art und Ursache der Erkrankung blieb ungeklärt; sie heilte nach 6monatiger Dauer völlig ab, wobei ein günstiger Effekt von Verabreichung von Natr. salicyl. ersichtlich schien. R. Weigert (Breslau).

Götzky. *Zur Differentialdiagnose des Tetanus neonatorum.* (Char.-Ann., 1912, Bd. XXXVI, S. 117.)

Ein Fall von Idiotie mit bald nach der Geburt einsetzenden Krämpfen, deren Charakter längere Zeit den Verdacht eines chronischen Tetanus aufkommen ließ. R. Weigert (Breslau).

Herrman. *The commoner contagious diseases of childhood.* (Die gewöhnlichen ansteckenden Krankheiten der Kinder.) (New York Med. Journ., 17. August 1912.)

Verf. betont die Rolle des direkten Kontaktes und der Bazillenträger in der Ausbreitung der Infektionskrankheiten und den geringen

Wert der gegenwärtig ausgeführten Desinfektion und Isolierung. Eine wesentliche Abnahme kann bloß durch Immunisierung erzielt werden. Wachenheim (New York).

D. Gerhardt (Freiburg i. Br.) *Über günstige Beeinflussung chronischer Erkrankungen durch interkurrente Infektionskrankheiten.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXV, S. 578.)

B. Weigert (Breslau.

Petruschky. *Erfolgreiche Versuche zur Entkeimung von Bazillenträgern durch aktive Immunisierung und die hygienischen Konsequenzen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 1319.)

Versuche, Bazillenträger durch aktive Immunisierung von den Diphtheriebazillen zu befreien. Die abgetöteten Bazillen wurden subkutan, perkutan, rektal appliziert. Es gelang stets — gelegentlich erst nach zahlreichen vergeblichen Versuchen —, die Bazillenträger von den Bazillen zu befreien.

Keimträger sollen unter allen Umständen vom Schulbesuche ferngehalten werden. Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Raubitschek. *Ausscheidung darmfremder Bakterien.* (Virchows Arch., Bd. CCIX, H. 2.

Normalerweise werden der normalen Darmflora nicht angehörige Bakterien, die per os eingeführt werden, schnell ausgeschieden. Nach Immunisierung des Organismus gegen diese durch subkutane Injektion halten sich dieselben bei Verfütterung im Darme. — Bazillenträger. — Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Lettnow. *Über ein Vorkommen von sehr widerstandsfähigen Bazillensporen.* (Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. LXVI, S. 131.)

Bericht über Spuren von Erdbakterien, die in einer halbstündigen Erhitzung auf 300° C nicht zugrunde gingen und 20 bis 25 Stunden im strömenden Dampf lebensfähig blieben.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Henke und **Reiter** (Königsberg). *Zur Bedeutung der hämolytischen und anhämolytischen Streptokokken für die Pathologie der Tonsillen.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, S. 1927.)

Beide Arten kommen in den Tonsillen normaler Menschen vor, ein Unterschied bezüglich ihrer Pathogenität besteht nicht. Durch Infektion mit beiden kann Tonsillitis und auch tödliche Sepsis entstehen.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Salzer. *Über Diplokokkenperitonitis.* (Arch. f. klin. Chir., 1912, Bd. XCVIII, S. 993.)

Da die Differentialdiagnose zwischen Appendizitis und Diploc. periton. für die Therapie von großer Bedeutung ist, versucht Verf.

die Krankheitsbilder gegeneinander abzugrenzen (vgl. Original). Er empfiehlt für die erstere Frühoperation, für die andere Abwarten und späteres eventuell chirurgisches Eingreifen.

Th. Messerschmidt (Stsaßburg i. E.).

Daniëls. *Pneumokokkensepsis.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., II, 1912, S. 750.)

Vor Auftreten der eigentlichen Pneumonie finden sich im Blute Pneumokokken. Bei Sektionen fand Verf. Pneumokokken im Blute und in den Gehirnhäuten, die Lunge zeigte eben beginnende Infiltrationen.

Verf. faßt danach die Pneumonie als Folge einer Pneumokokkensepsis auf, bei der die Lunge der Locus minoris resistentiae ist. Das Fieber deutet Verf. als anaphylaktische Erscheinung.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Iversen und **Tuschinsky** (St. Petersburg). *Neosalvarsan bei Malaria tertiana.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 1606.)

Bericht über fünf sehr günstig beeinflußte Fälle.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Bron. *Ein Fall von Revariolisation.* (Kongreßzentralbl., Ref. III, S. 125.)

Pockenrezidiv 3 bis 4 Monate nach der ersten Infektion, dem Patient erlag. Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Acker. *Statistik der Lyssaschutzimpfungen am Institut Pasteur in Samara von 1886—1910.* (Ann. de l'inst. Past., 1912, S. 574.)

Von 18.183 von wutbefallenen beziehungsweise wutverdächtigen Tieren gebissene Personen starben 228 an der Wut. (1·25%.)

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Schippers. *Ein Fall von akuter aleukämischer Lymphadenose.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, II, S. 1129.)

Knabe von 7 Jahren erkrankt unter Erscheinungen von akutem Rheumatismus mit Schwellung der Kniegelenke und der Leistendrüsen. Allmählich: schwere Anämie, Hautpetechien, Schwellung von Leber und Milz, diffuse multiple Drüsenschwellung (haselnußgroße). Die Blutuntersuchung ergab: Hämoglobin (Sahli) 10, rote Blutkörperchen 1,700.000, weiße Blutkörperchen 3.200, starke Anisocytose und Poikilocytose; Blut ganz basophil; polynukl. Leukoc. 6·2%, Lymphozyten 89.2. Übergangsform 1·7, Reizungsformen (Türck) 2·7%; Normoblasten 22% (des kernhaltenden Elemente).

Tod nach etwa halbjährigem Leiden. Sektion. Graanboom.

Bernheim. *Sur la Pathogénie de la chlorose.* (Pathol. inf., 1911, Nr. 12.)

Das, was die Chlorose charakterisiert, ist ihr brüskes Auftreten und ihre Resistenz gegenüber der Behandlung, weil die Blutbildung alteriert ist. Die blutbildenden Organe sind in Tätigkeit; die Ovarien, das Verdauungs-, das Zirkulations- und das nervöse System, der Stoffwechsel kommen nicht in Betracht. Die Krankheit sitzt im Blute selbst und ein bakterielles Toxin ist die Ursache.

Philips (Antwerpen).

B. Stiller. *Die Pathogenese der orthotischen Albuminurie.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, S. 1873.)

Der Verf. konstatiert, daß er bereits in seinem Buche über die Asthenie (1907) gesagt hat, die asthenische Konstitution trage nicht nur die Anlage zur eigentlichen asthenischen Krankheit in sich, sondern stelle auch den günstigsten Nährboden für eine Reihe anderer dar: für Phthise, Magengeschwüre, Bleichsucht und orthotische Albuminurie. Er hält auch heute noch die asthenische Provenienz, also die konstitutionelle Pathogenese der orthotischen Albuminurie für ganz unzweifelhaft. Im entschiedensten Gegensatz zu dieser ätiologischen Auffassung steht Jehle mit seiner Anschauung, daß die Albuminurie mechanisch durch anatomische Formveränderungen hervorgerufen wird. Ohne Jehles Befunde im geringsten bestreiten zu wollen, sieht Stiller in ihnen eine Bestätigung seiner eigenen Anschauung, denn für ihn ist die Lordose nur eine Teilerscheinung der spezifischen asthenischen Konstitution.

A. Keller (Berlin).

L. Plumier. *L'action physiologique des groupes de la caféine justifie leur emploi dans le traitement des néphrites.* (Scalpel 11. Févier 1912.)

L. Beco und L. Plumier haben die Wirkung dieser Medikamente auf das Herz oder auf die Nieren mit der Durchblutungsmethode geprüft. Kaffein und seine Analogen steigern die Herztätigkeit und dilatieren die Nierengefäße, indem sie das Kaliber der anderen Gefäße des Organismus sehr wenig oder gar nicht verändern. Sie müssen den Blutstrom in den Nieren steigern und wirken nicht, wie man gedacht hat, direkt auf die sekretorischen Elemente der Nieren. Die Xanthionderivate und insbesondere das Natriumazetat des Theozins wirken also in Fällen von Ödemen durch Herzsuffizienz und bei Nephritis souverän. Philips (Antwerpen).

Weitz. *Über die Behandlung der Pneumonie mit intravenösen Injektionen des Neufeld-Händelschen Pneumokokkenserums.* (Med. Klinik, 1912, S. 1072.)

Verf. wandte das Serum in den verschiedensten Krankheitsstadien an; es wirkt spezifisch und beeinflußt den Prozeß günstig.

Empfohlen wird die 2- bis 3malige, eventuell noch öftere intravenöse Injektion von je 10 bis 40 cm^3. Je früher diese Behandlung beginnt, um so günstigere Resultate sind zu erzielen.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Brückner, Gaethgens und **Hans Vogt.** *Zur Bakteriologie der Respirationserkrankungen im Kindesalter.* II. Mitteilung. (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVII, H. 4.)

Die klinische Bedeutung der Influenzabazillen für zahlreiche akute und chronische Erkrankungen der Respirationsorgane im Kindesalter wurde bereits in einer früheren Mitteilung von Vogt in ein neues Licht gerückt. Auch von anderer Seite (Holt, Odaira) liegen neuere diesbezügliche bestätigende Untersuchungsreihen vor.

In Gemeinschaft mit bakteriologischen Mitarbeitern hat Vogt inzwischen nochmals eine größere Anzahl Kinder (80) mit Erkrankungen der Respirationsorgane einer sorgfältigen bakteriologischen Untersuchung unterzogen. In 41 Fällen wurden Influenzabazillen in Reinkultur gezüchtet. Etwa $^2/_3$ dieser Fälle betraf akute, der Rest subakute und chronische Lungenerkrankungen. Bei den akuten Bronchopneumonien ist eine besonders große Beteiligung von Kindern der ersten Lebensjahre bemerkenswert. Unter 14 Fällen von chronischer Brochiolektasie enthielten 12, also ein überaus großer Prozentsatz, Influenzabazillen in großen Mengen im Sputum. Mehrere Fälle von Influenzabronchopneumonien zeichneten sich durch Neigung zu Rezidiven mit sehr kurzen Intervallen aus.

Ausführlich erörtert Vogt sodann die Frage, welche ätiologische Bedeutung den Influenzabazillen bei den genannten Erkrankungen zukommt und wieweit differentialdiagnostisch eine Unterscheidung der Lungenerkankungen bezüglich des respektive der Erreger vorgenommen werden kann. Auf Grund seiner Untersuchungen, verglichen mit dem großen Material E. Holts und namentlich auch auf gravierenden epidemiologischen Beobachtungen basierend, kommt Vogt zu folgender Präzision seiner Ansichten:

„Die Influenzainfektionen der Atemorgane sind im Kindesalter häufig und von großer praktischer Bedeutung. Influenzabazillen scheinen seltener als andere pathogene Mikroorganismen die Rolle von harmlosen Saprophyten in den Luftwegen zu spielen. Die durch sie ausgelösten Respirationserkrankungen können unter verschiedenen Krankheitsbildern auftreten, doch sind bestimmte Eigentümlichkeiten im klinischen Verlauf bis zu einem gewissen Grade für sie charakteristisch. Dahin gehört einmal eine besondere Bösartigkeit der Erkrankung, hauptsächlich aber die Neigung zu Rezidiven und zum Ausgang in chronische Prozesse. Ob in den Fällen, wo der Sputumbefund auf eine Mischinfektion hinweist, tatsächlich die verschiedenen im Sputum auftretenden Bakterien auch sämtlich pathogenetisch wirksam sind, ist vorläufig nicht zu entscheiden."

Thorspecken (Bremen).

Kulbs (Kiel). *Über Lungenabzesse und Bronchiektasen.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXV, S. 549.)

R. Weigert (Breslau).

B. Hozada Echenique. *Un cas typique de pouls lent permanent chez une fille de onze ans.* (Arch. de Méd. des enf., Bd. XV, H. 9.)

Über die Pathogenese der Affektion ist leider nichts zu erfahren. Das 11jährige Mädchen hat dauernd einen Puls von zirka 33 Schlägen und leidet seit dem 10. Jahre an kurzdauernden Anfällen, die anfänglich mehr den Charakter epileptischer Anfälle hatten, später den Synkopen beim Adam-Stokesschen Syndrom glichen. Nach einer Remission traten die Anfälle wieder stärker und häufiger auf, 3- bis 6mal täglich. Thorspecken (Bremen).

Guillaume. *La fibrillation des oreillettes.* (Scalpel 3. Mars 1912.)

Beschreibung des Phänomens vom physiologischen und klinischen Standpunkt. Philips (Antwerpen).

Max Brandes (Kiel). *Ein Todesfall durch Embolie nach Injektion von Wismutsalbe (Beck) in eine Empyemfistel.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 44.)

Die Injektion von 40 g Wismutpaste erfolgte mit Hilfe eines Nélatonkatheters, wobei ein venöses größeres Gefäß der Granulationswand eröffnet sein muß, so daß die flüssige Salbe in die Vene gepreßt wurde. Zahlreiche Arterien des Gehirns, der Milz, Niere erwiesen sich bei der Sektion als mit Wismutpaste gefüllt. Verf. widerrät daher das Einführen von eventuell Verletzungen machenden Instrumenten in Fistelhöhlen und empfiehlt die Vermeidung stärkeren Druckes bei Injektion.

Jedenfalls zwingt die Lektüre der Arbeit zur Auffassung, daß die Einführung des Nélatonkatheters wohl nicht allzu suaviter erfolgt ist. Es ist ja bekannt, daß man in Fisteln Injektionen unter sehr starkem Druck hineinpressen kann, ohne derartige Embolien zu erleben. Kausch empfiehlt beispielsweise die Injektion von Jodoformöl unter starkem Druck als eine der besten Methoden zur Behandlung tuberkulöser Fisteln aller Art. Klotz.

Planchu. *Une nouvelle méthode d'insufflation dans la mort apparente des nouveau-nés.* (Journ. d'accouch., 1911, Nr. 48.)

Modifizierte Methode von Meltzer, um die dauernde und sichere Ventilation der Lunge zu erreichen. Philips (Antwerpen).

Erich Ebstein (Leipzig). *Über Eunuchoidismus bei Diabetes insipidus.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXV, S. 441.)

Bei zwei Kranken, einem Erwachsenen und einem Knaben, fand sich der Diabetes insipidus verknüpft mit einer Hypoplasie

des Genitals, charakteristischer Fettanhäufung, Oligotrichosis und pathologischen Veränderungen an Drüsen mit innerer Sekretion, in einem Falle der Hypophyse, im andern der Thyreoidea, und vielleicht gleichfalls der Hypophyse. R. Weigert (Breslau).

Van der Heide. *Akute Anilinintoxikation.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, II, S. 313.)

Siebenjähriger Knabe akut erkrankt mit Schwindel, Mattigkeit, Zyanose der Lippen und des Nagelbettes, trägem und weichem Pulse und Erbrechen. Die Anilinvergiftung trat auf durch Einschmieren der Stiefel mit „Panther-Schwärze". Heilung nach 24 Stunden.

Graanboom.

de Leeuw. *Akute Anilinintoxikation.* (Nederl. Tydschr. v. Geneesk., 1912, II, S. 393.)

Vollkommen gleich dem vorigen analogen Falle bei einem Mädchen von 10 Jahren, ebenso entstanden nach Einschmieren der Stiefel mit „Panther-Schwärze". Graanboom.

Carstens. *Morphiumvergiftung bei einem Säugling von 19 Tagen.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, II, S. 921.)

Durch die Wickelfrau wurde bei einem künstlich ernährten dyspeptischen Säugling irrtümlicherweise ein Pulver, enthaltend $7^1/_2$ mg Morphium verabreicht, welches für einen erwachsenen Kranken in der Familie verordnet war. Drei Stunden nach der Verabreichung traten die Intoxikationserscheinungen auf: Koma, bleichzyanotische Gesichtsfarbe, enge, nicht auf Licht reagierende Pupille, unfühlbarer Puls, kein Reflex, kalte Haut. Es wurde nun 1 cm^3 Kampferöl (1 : 10) subkutan injiziert und mit der Sonde 125 cm^3 Tee in den Magen gebracht. Nur vereinzelte schwache Herztöne. Subkutane Injektion von $^1/_{20}$ mg Atropinsulf. ununterbrochene Anfälle von Asphyxie, gegen welche ununterbrochen Anwendung künstlicher Atmung, mehrfache kalte Übergießungen im heißen Bade (39° C) und Klysmata appliziert wurden. Etwa 12 Stunden nach der Verabreichung des Pulvers ging der komatöse Zustand vorüber, fing das Kind an spontan zu trinken und trat allmählich Heilung ein. Konvulsionen waren nicht aufgetreten.

Graanboom.

Szametz (Vilbel). *Salvarsan bei Chorea minor.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 43.)

Ein 10jähriger Junge mit schwerer Chorea wurde 6 Monate hindurch vergebens mit den üblichen Heilmethoden behandelt. Eine intravenöse Injektion von 0·2 Salvarsan besserte ihn rapid, so daß er 3 Wochen später wieder zur Schule gehen konnte. Klotz.

E. Weill. *Le traitement de la chorée de Sydenham.* (Pathol. inf., 1912, Nr. 1.)

Behandlung mit Arsenik in großen Dosen. Das Medikament wird in Butter eingeführt. Philips (Antwerpen).

P. van Pee. *Le Salvarsan dans le traitement de la chorée.* (Scalpel 16. Juin 1912.)

Auf Grund eines einzigen selbst beobachteten Falles von Chorea, der mit Salvarsan behandelt wurde, kommt Verf. zum Schlusse, daß dieses Heilmittel das wirksamste gegen diese Krankheit ist. Philips (Antwerpen).

F. Stirnimann. *Die Anorexie der Kinder.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, Nr. 10, 1912.)

Warme Empfehlung der Radix Gentianae, in Gestalt des beliebten „Dialysé Gentianae luteae Golaz". Zur Behandlung der Anorexie gastrointestinalen Ursprungs bei Kindern vom 2. bis 6. Lebensjahre. Wieland (Basel).

E. Hertoghe. *Le coma myxoedemateux.* (Soc. méd. chir. Anvers Avril 1911.)

Es gibt ein Koma, das mit ungenügender Funktion der Schilddrüse im Zusammenhang steht. Man muß an die Erkrankung denken, wenn man die übrigen Ursachen eines Komas (Diabetes, Brightsche Krankheit, Trauma) ausschließen kann. Für die Behandlung kommen Thyroidin und eventuell Lumbalpunktion in Betracht.
Philips (Antwerpen).

Raoul Dupuy. *Les enfants „arriérés".* (La Presse Méd., 1912, Nr. 69.)

Übersichtsreferat. Eine klinische Einteilung der geistig zurückgebliebenen Kinder ist bisher nicht möglich; jedes Kind stellt einen klinischen Typus für sich dar. Dupuy bespricht kurz die Ergebnisse der klinischen Untersuchungen und die Behandlungsmethoden, insbesondere die Organotherapie, für welche speziell die Drüsen mit innerer Sekretion in Betracht kommen. Er empfiehlt auf Grund eigener Erfahrung die sogenannte Polyopotherapie endocrinienne associée, bei welcher zur subkutanen Injektion eine Mischung von Schilddrüsen-, Hypophysen-, Nebennieren- und Genitaldrüsenextrakt verwendet wird. A. Keller (Berlin).

Ernst Welde. *Ein Fall von angeborener Kernaplasie, kombiniert mit Idiotie.* (Char.-Ann., 1912, Bd. XXXVI, S. 124.)

Seit der Geburt unverändert fortbestehender Zustand von beiderseitiger Lähmung im Bereiche der motorischen Hirnnerven, und zwar des Nervus abducens, facialis und hypoglossus, kombiniert mit Idiotie. R. Weigert (Breslau).

A. Broca. *Trépanation palliative pour tumeurs cérébrales.* (Arch. de Méd. des enf., Bd. XV, H. 8.)

In dem einen der beiden Fälle zeigte sich eine Überlegenheit der Trepanation gegenüber der Lumbalpunktion. Nachdem letztere schon wiederholt erfolglos gemacht war, verschwanden die schweren Hirndruckerscheinungen sofort nach der Trepanation, die allerdings nach 2 Monaten — wieder mit gutem Erfolg — wiederholt werden mußte. Das Kind starb bald danach durch plötzlichen Tod. Im zweiten Falle, in dem es sich wie im ersten um einen nicht lokalisierbaren Tumor handelte, wurde das bereits sehr bedrohte Leben des Kindes durch die Operation erhalten. Eine wesentliche Besserung der bereits atrophischen Optici konnte natürlich nicht mehr erzielt werden. Trotz ihrer Gefahren ist also die Trepanation in hoffnungslosen Fällen mehr als andere palliative Maßnahmen zu empfehlen. Man erreicht eine wirksame Linderung der Leiden des Patienten und in allerdings seltenen Fällen auch einmal eine Heilung.

Thorspecken (Bremen).

M. de Vaugirand. *Un cas de tubercule du cervelet. Craniectomie décompressive. Granulie meningée.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XV, H. 8.)

Die Trepanation hatte in diesem Falle keinen nennenswerten Erfolg. Thorspecken (Bremen).

Shukowsky und **Baron.** *Hirngeschwülste im Kindesalter. Tumor cerebri bei einem 5jährigen Mädchen mit Amaurose wegen Sehnervenatrophie.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 4—6.)

Gliom an der vorderen Gehirnbasis vom Stirn- und Schläfenlappen ausgehend. Die schwere Schädigung der Optici hatte sich klinisch als einfache Sehnervenatrophie geäußert und der bereits mit $1^1/_2$ Jahren beginnende Nachlaß des Sehvermögens war lange Zeit das einzige Symptom. Periodisch trat hochgradige Schlaflosigkeit auf, starke Salivation und selten Nystagmus sowie ein vasomotorisches Erythem. Thorspecken (Bremen).

E. Hartje. *Zur Kasuistik der Meningitis basilaris (basalis) posterior.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 4—6.)

Mitteilung eines Falles mit Sektionsbefund. 4monatiges Kind. Auf die hintere Schädelgrube begrenzte hämorrhagische Leptomeningitis. Die gleichzeitig gefundene hämorrhagische Pachymeningitis wird als zufälliger und nebensächlicher Befund gedeutet. Das Krankheitsbild ist klinisch gut abzugrenzen (zervikaler Opisthotonus, Steifigkeit der Extremitäten, Erscheinungen von Hydrocephalus internus durch Verwachsung des Foramen Magendie), doch möchte Verf. den Namen nur für die Fälle reserviert wissen, die nicht durch den Meningokokkus oder durch Syphilis verursacht sind.

Thorspecken (Bremen).

Tange und **Groenendyk.** *Ein Fall von Osteogenesis imperfecta.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, II, S. 310.)

Ein Beitrag zur Kasuistik der Osteogenesis imperfecta. Das zweite Kind, von gesunden Eltern geboren, welches an genannter Erkrankung leidet. Während die bis dahin beschriebenen Kranken nur sehr selten das Alter von 6 Monaten erreichen, war das betreffende Kind am Ende des ersten Lebensjahres noch relativ gesund. Röntgenphotos bestätigen die Diagnose. Graanboom.

Metman. *Ein Fall von Ileus durch Entzündung eines Meckelschen Divertikels.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, II, S. 1056.)

Kind von 10 Jahren; akut erkrankt mit Leibschmerz, Auftreibung in linker Bauchgegend und freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle; später fäkales Erbrechen und allmählich zunehmende Tympanitis.

Bei der Laparotomie wurde ein gangränöses Meckelsches Divertikel gefunden und dieses abgebunden. Tod. Bei der Sektion fand man einen normalen Apendix; das Divertikel war 20 und 30 cm vom Zökum entfernt. Graamboom.

Johannes Oehler (Freiburg i. Br.). *Beitrag zur Kenntnis der lokalen Eosinophilie bei chirurgischen Darmaffektionen.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXV, S. 568.)

R. Weigert (Breslau).

Hutinel. *Médiastinites chroniques. Médiastinites supérieures.* (Pathol. inf., 1911, Nr. 4.)

Verf. führt zwei Fälle von akuter Mediastinitis an; dann beschreibt er die chronische Mediastinitis superior und besonders die syphilitische. Klinisch bestehen bei chronischer Mediastinitis Mattigkeit, Zirkulationsstörungen und Dyspnoe ohne nervöse Symptome. Die Krankheit ist beim Kinde häufig tuberkulösen Ursprungs (Adenopathie); manchmal rührt sie von einer Thymushypertrophie her. Die syphilitische Mediastinitis ist beim Kinde gleichfalls nicht selten.

Philips (Antwerpen).

J. Comby. *Traitement des abscès amygdaliens et rétropharyngiens.* (Arch. de Méd. des enfants, XV, 6.)

Comby empfiehlt eindringlich, die Mandelabszesse, namentlich aber die Retropharyngealabszesse, nicht mit dem Messer, sondern mit einer Hohlsonde zu eröffnen. Souverän sei diese Methode da, wo der Sitz des Abszesses der Eröffnung mittels Messers unüberwindliche Schwierigkeiten biete. Aber auch für alle anderen Fälle hält er sein Vorgehen für einfacher, zweckmäßiger und gefahrloser.

Mit einem größeren stumpfen Instrument, wie z. B. einer Arterienklemme, kann man die Öffnung noch erweitern.

Thorspecken (Bremen).

J. Comby. *Hydrocéphalie ventriculaire par tumeur cerebrale.* (Arch. de Méd. des enfants, XV. 7.)

Die Sektion des 21 Monate alten Kindes zeigte im hinteren Winkel des linken Ventrikels einen ausschälbaren Tumor von der Größe einer Mandarine. Es handelte sich um ein Epitheliom von der Beschaffenheit der embryonalen Plexus chorioidei.

Thorspecken (Bremen).

Adolf Zeller (Weilheim, Württemberg). *Behandlung und Heilung von Krebskranken durch innerlich und äußerlich angewendete medikamentöse Mittel.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, 34/35.)

Das Thema liegt gewiß abseits der Pädiatrie. Aber mancher Spezialkollege hat vielleicht nicht Gelegenheit, den Originalartikel Zellers zu lesen und ist anderseits durch die reklamehafte Behandlung der Sache in der Tagespresse aufmerksam gemacht worden. Brachten doch beispielsweise mecklenburgische Sonntagsblätter bereits Wochen vor Erscheinen des Zellerschen Artikels in der Münchener Medizinischen das Bild des „Krebsheilers". Wäre dem nur so! Könnte Zeller nur seine pompöse Schlußbehauptung: „Demnach ist die Aufgabe der Krebsheilung der Hauptsache nach gelöst" auch entsprechend beweisen! Was er an geheilten Fällen publiziert, sind externe Kankroide. Czerny (Heidelberg) hat dem Zellerschen Artikel ein „Vorwort" mitgegeben, nach dessen Lektüre man sich eigentlich über die ganze Sache klar ist. Das unermeßlich viel bedeutendere Problem der Schleimhautkarzinombehandlung scheidet völlig aus.

Zeller fand einfach in irgend einem alten Schmöker die Angabe, daß Kieselsäure, per os genommen, Krebs heilen solle. Er „probierte" dies und fand es bestätigt. Da ihn die Resultate nicht voll befriedigten, behandelte er auf Anregung eines Kollegen auch noch lokal mit einer alten Arsenikquecksilberpaste und ist nun so zufrieden, daß er, wie schon erwähnt, die Krebsheilung als gelöst betrachtet.

Czerny schiebt in seinem Vorworte der Arsenikpaste den Löwenanteil zu. Er hat von der Siliziumtherapie „nichts Auffallendes" gesehen. Wie Czerny ganz richtig bemerkt, hat Zeller aber das Verdienst, eine alte, zu Unrecht vergessene Behandlungsmethode wieder entdeckt zu haben und dadurch dem praktischen Arzt operationsscheuen Patienten gegenüber ein anscheinend öfter erfolgreiches Heilverfahren bei Epitheliomen usw. an die Hand gegeben zu haben. Das ist das Mäuslein, dessentwegen die Berge gekreißt haben.

Klotz.

V. Brun. *Le traitement radical de la hernie ombilicale des enfants par la méthode du Dr. Nota: ligature élastique sous-cutanée.* (Arch. de Méd. des enf., Bd. XV, H. 9.)

Die Methode wird als einfach, sicher und völlig gefahrlos empfohlen und wurde vom Autor in 244 Fällen seit dem Jahre 1890 angewandt. Nur in einem Falle wurde ein Rezidiv gesehen. Eine im Durchmesser zirka 2 mm dicke elastische Schnur wird subkutan nahe um die Basis des Bruchsackes herumgeführt, auf der entgegengesetzten Seite gewöhnlich durch die Haut hindurchgestochen und die Schnur kräftig zugezogen. Die Enden der Schnur werden mit starker Seide möglichst nahe an der Haut festgebunden. Die Schnur muß sich etwa 2 cm vom Annulus umbilicalis entfernt halten. Indem die Schnur in den nächsten Tagen die Gewebe und schließlich den Herniensack langsam durchschneidet, obliterieren die vorher verklebenden Peritonealblätter. In 12 bis 15 Tagen läßt sich die nunmehr frei gewordene Schnur leicht entfernen.

Thorspecken (Bremen).

Robert Meyer. *Hypospadie der Glans penis.* (Char.-Ann., 1912, Bd. XXXVI, S. 453.)

Untersuchungen über die Pathogenese dieser Mißbildung, die jedoch nicht zu einem befriedigenden Abschlusse führten.

R. Weigert (Breslan).

Referate aus der polnischen pädiatrischen Literatur aus dem Jahre 1911.

Zusammengestellt von

Prof. Dr. Lewkowicz, Dr. Bujak und **Dr. Dadej** (Krakau).

Rosenhauch (Krakau). *Vakzine des Gesichtsapparates.* Przegląd lekarski, Nr. 4 u. 5.)

9 eigene Fälle.

Puławski (Radziejow). *Serumbehandlung der Diphtherie.* (Daselbst, Nr. 11.)

40 weitere Fälle einschließlich vom Jahre 1910. Mortalität 2·5% (1 : 40).

Turzański (Iwonicz). *Über die Behandlung der Skrofulose im Bad Iwonicz.* (Daselbst, Nr. 16.)

Die Resultate waren äußerst günstig: 74·6% Heilungen.

Rozenblat (Lodz). *Die anaphylaktischen Reaktionen bei Kindertuberkulose.* (Daselbst, Nr. 22.)

In 679 Fällen machte die Verf. vergleichsweise gleichzeitig die Pirquetsche Probe und die Mantouxsche Intradermoinjektion mit Tuberkulin.

Beide Proben waren positiv in 257 Fällen, außerdem die Mantouxsche allein in 13 Fällen und die Pirquetsche in 5 Fällen. Die Pirquetsche Probe fiel demnach nur in 4·7% (13 : 275) der Fälle negativ aus, in denen überhaupt eine positive Reaktion zu erreichen war; sie war aber manchmal auch in diesen Fällen bei Wiederholung positiv. Die Mantouxsche Probe fiel in 1·85% (5 : 275) dieser Fälle negativ aus, auch diese also läßt uns manchmal im Stiche. Man kann dann noch bei ihr die Dosis vergrößern. Man wendet zuerst 0·01 mg (0·1 cm³ einer Lösung 1 : 10.000), in 2 × 24 Stunden 0·1 mg (0·1 cm³ einer Lösung 1 : 1000) und dann eventuell noch 1 mg intradermal. Es ist jedenfalls angezeigt, als orientierende die Pirquetsche Probe anzuwenden, denn bei der intradermalen Applikation der Dose $^1/_{100}$ mg beobachtet man manchmal mehr oder weniger lehbafte allgemeine Reaktionen (siehe unter 39°: 10 Fälle, über 39 bis 40°: 3 Fälle).

Die Pirquetsche Reaktion ist nach alledem genügend sicher und empfindlich; bei ihrer Einfachheit und Ungefährlichkeit gebührt ihr in den Händen des praktischen Arztes der Vorzug.

Was die Frage der Möglichkeit der Sensibilisierung bei wiederholter Anwandlung der intradermalen Injektion anbelangt, so wurde in den Fällen, wo dieselbe Gabe einige (2 bis 12) Male angewendet wurde, folgendes konstatiert:

Die Fälle, welche bei der ersten Probe nicht reagieren, werden durch sie nicht sensibilisiert, so daß die Befürchtung einer übergroßen Reaktion bei nachfolgender Probe nicht begründet erscheint. War die Reaktion schwach, so bleibt sie auch eine solche bei weiteren Proben. Nur die Kinder, welche bei der ersten Probe stark reagieren, werden ausgiebig sensibilisiert.

W. Puławski (Radziejow). *Über Reinjektion des antidiphtheritischen Serums auf Grund der Beobachtungen im Laufe von 16 Jahren eigener Praxis.* Daselbst, Nr. 31/32.)

Die Reinjektionen wurden in Abständen von mehreren Monaten bis mehreren Jahren vorgenommen. 67 Fälle, einige mit mehreren Reinjektionen. Die Reaktion verlief immer typisch 6 bis 10 Tage nach der Injektion; beschleunigte oder sofortige Reaktionen, irgend welche ernstere Störungen wurden niemals beobachtet.

S. Dzierzgowski (S. Petersburg). *Aktive und passive Immunität gegen Diphtherie.* (Daselbst, Nr. 35/36.)

Der Verf. hat die natürliche Immunität mancher Tiere studiert. Die Katze, welche gegen das Diphtherietoxin 2 mal so empfindlich ist als das Meerschweinchen, weist eine große antibakterielle Immunität auf, und ist imstande, große Mengen ausgewaschener Diphtheriebazillen, welche ihr injiziert werden, schnell zu vernichten. Bei anderen Tierspezies, z. B. beim Pferde, beruht wiederum die Immunität auf der leichten Produktion des Antitoxins.

Wichtig erscheinen die Resultate der Untersuchungen des Verf., welche sich auf die topographische Verbreitung des Antitoxins beziehen. Die Hauptmenge desselben ist im Blutplasma enthalten, auf alle anderen Flüssigkeiten, Organe und Gewebe entfallen nur unbedeutende Quantitäten. Mit diesem Umstande versucht der Verf. manche Versager der Immunisierung zu erklären, tödliche Zufälle bei Injektion mäßiger Giftdosen bei hochimmunisierten Pferden, Versagen des Serums bei manchen klinischen Fällen, auch bei zeitiger Anwendung hoher Gaben. Nach dem Verf. muß die ganze Giftdose an Ort und Stelle ihres Eindringens unschädlich gemacht werden, wozu auf diese Weise das kreisende Antitoxin nur bei kleinen Giftdosen ausreicht; weitere Antitoxinmengen werden vom Blute durch das entzündliche Ödem zugeführt, reichen auch diese nicht aus, so muß eine Produktion

des Antitoxins von seiten der Zellen entfaltet werden. Ist diese Produktion unzureichend, sind z. B. die Stellen durch vorherige langdauernde Leistung erschöpft, so ist ihr Untergang und mit ihnen auch der Untergang des Organismus unabwendbar.

(Diese Erklärung des Verf. finde ich nicht stichhaltig. Auf diese Weise könnte nur die örtliche Nekrose gedeutet werden, nicht aber der Tod des ganzen Organismus, wozu die Einwirkung des Giftes auf entfernte, parenchymatose Organe angenommen werden muß. Man könnte aber durch folgende Modifikation die Erklärung akzeptabel machen: Das Gift muß an dem Orte seines Eindringens neutralisiert werden, wenn es gänzlich unschädlich bleiben soll. Wird das nicht erreicht und findet eine Resorption statt, so wird das Gift auch bei Anwesenheit großer Mengen Antitoxins im Blutplasma nur unvollkommen oder nicht sofort neutralisiert, so daß es, wenigstens teilweise, zu den inneren Organen gelangen und hier seine deletäre Wirkung entfalten kann. Ref.)

Bei subkutaner Applikation des Giftes und passiver Immunisierung muß man bei Anwendung einer einfachen tödlichen Giftgabe nicht die entsprechende Antitoxinmenge, sondern ein Vielfaches davon nehmen. Erhöht man die Giftgabe, so muß die Antitoxinmenge unproportionell gesteigert werden, wenn das Leben des Versuchstieres erhalten werden soll. Man kommt aber schließlich zu den Giftgaben, die durch keine Antitoxinmengen mehr ausgeglichen werden können. Der Verf. erklärt das damit, daß der Anreicherung des Antitoxins im Unterhautzellgewebe gewisse Grenzen gezogen sind. (Dem Ref. erscheint folgende Erklärung mehr plausibel: Bei hoher Giftgabe muß die Resorption des Giftes eintreten und es wird dieser Anteil des Giftes (z. B. $^1/_{100}$ oder $^1/_{1000}$ Teil), welchem es gelingt, im Blutplasma dem Antitoxin auszuweichen, immer noch groß genug sein, um die inneren Organe tödlich zu vergiften.)

Es erhellt daraus die große Bedeutung der Fähigkeit der aktiven Antitoxinproduktion und die Impotenz der passiven Immunisierung im Kampfe gegen Diphtherie.

Der Verf. schließt seine Abhandlung mit dem Anrufe, Kinder aktiv zu immunisieren. Eine solche Immunisation hat der Verf. vor 9 Jahren an sich selbst ohne Schaden vorgenommen. Seinem Beispiele folgte sein Assistent Dr. Boldarew. Vor $1^1/_2$ Jahren hat der Verf. eine Methode der aktiven Immunisierung durch Einwirkung des Giftes auf die Schleimhäute des Respirationsapparates, des Mundes und der Nase angegeben. Versuchsmaterial stellt er den Ärzten zur Verfügung. Blumenau hat schon die Methode mit gutem Resultate angewandt (Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. 24, H. 2, 1911).

Roszkowski und **Czarkowski** (Warschau). *Über Anwendung der Scharlachstreptokokkenvakzine zum Zwecke der Prophylaxe.* (Przegląd pedyatryczny.)

Die Vakzine nach Gabritschewsky soll prophylaktisch wirken oder zum mindesten auf den Verlauf einen günstigen Einfluß ausüben.

Mogilnicki und **Gundlach** (Lodz). *Über Anwendung des Elektrargols beim Scharlach.* (Daselbst.)

Ungünstige Resultate, selbst bei frühzeitiger Anwendung 31·4% Mortalität, allerdings bei schweren Fällen.

J. Kramsztyk (Warschau). *Ein Fall von Infantilismus bei einem 15jährigen Knaben.* (Daselbst.)

L. Bondy (Warschau). *Ein Fall von Pylorospasmus bei einem dreiwöchigen Säugling.* (Daselbst.)

Das Anlegen an die Brust übte einen sehr ungünstigen Einfluß aus; Ernährung nach Ibrahim mit kleinen Gaben eisgekühlter Brustnahrung; Magenspülungen, Einläufe mit physiologischer Lösung, warme Umschläge auf den Bauch. Nach 3 Wochen dieser Behandlung konnte das Anlegen an die Brust wieder aufgenommen werden. Der Mageninhalt betrug 100 bis 120 g, war hyperazid, enthielt freie Salzsäure.

H. Goldszmit (Warschau). *Der Sonntag des Arztes.* (Daselbst.)

Feuilletonartig dargestellter Wechsel in den Anschauungen über Ernährungsstörungen der Säuglinge mit dem Anrufe zur Gründung der Säuglingsfürsorgestellen und zur Opferung des Sonntages für diese Zwecke.

M. Biehler und **B. K. Daszkiewicz** (Warschau). *Über Nasendiphtherie bei Kindern.* (Daselbst.)

Bei Säuglingen kommt dieselbe gar nicht selten vor, und zwar manchmal unter dem Bilde des gewöhnlichen Nasenkatarrhs, so daß nur der Umstand, daß sich der Prozeß in die Länge zieht oder daß gewisse allgemeine, auf die Vergiftung zu beziehende Symptome vorhanden sind, den Arzt auf die richtige Spur führt. Es entscheidet: die bakteriologische Untersuchung und der eklatante Erfolg des Serums. Bei älteren Kindern sollte man bei Anwesenheit eines chronischen Nasenkatarrhs, bevor man irgend welche Operationen an der Nasenschleimhaut vornimmt, die bakteriologische Untersuchung niemals unterlassen. Die Nasendiphtherie hat keine besondere Neigung, sich auf den Rachen, Kehlkopf usw. auszubreiten.

L. Bondy (Warschau). *Eine Varizellenepidemie.* (Daselbst.)

27 Fälle in einer Säuglingsabteilung. In 5 Fällen ein skarlatineformer, in 3 Fällen ein morbilliformer Rash. Eine bedeutende, auf Komplikationen zu beziehende Mortalität. (Eiterung der Pusteln, Hautgangrän, katarrhalische Lungenentzündung).

J. Kramsztyk (Warschau). *Ein Fall von Hämophilie bei einem 6jährigen Knaben.* (Daselbst.)

Keine Heredität nachweisbar.

A. Tomaszewski (Lodz). *Über Frühdiagnose und Behandlung der tuberkulösen Hüftgelenksentzündung.* (Daselbst.)

Empfehlung der diagnostischen Injektion des Tuberkulins zum Zwecke der Auslösung einer Herdreaktion sowie der konservativen Behandlung.

H. Rozenblat (Lodz). *Ein Fall von Typhobazillose.* (Daselbst.)

Es sollte sich, wie in den von Landouzy beschriebenen Fällen, um eine ohne Miliartuberkulose mit typhösen Allgemeinsymptomen verlaufende und erst später zu einer Lokalisation führende Tuberkelbazillenseptikämie handeln.

H. Rozenblat (Lodz). *Zur Symptomathologie des Morbus maculosus Werlhofii.* (Daselbst.)

Der Fall begann mit einer Blutung aus dem Ohre (dem Trommelfelle).

H. Goldszmit. *Beitrag zur Technik der Untersuchung der Säuglinge.* (Daselbst.)

Anziehend geschriebener Aufsatz.

S. Łyskawiński. *Beitrag zur Kasuistik der akuten spinalen Kinderlähmungen.* (Daselbst.)

Dreimonatiges Mädchen. Der Fall ist interessant durch das niedrige Alter des Kindes, durch das lange Andauern des Fiebers, das übrigens in einer Komplikation von seiten der Atmungswege teilweise seine Erkfärung fand, und durch rechtseitige Bauchmuskellähmung, welche sich $2^1/_2$ Wochen nach dem Anfange der Krankheit entwickelt hat. Außerdem typische Lähmung der Extremitäten.

B. Czaplicki (Lodz). *Eitrige Rippenfellentzündung bei Kindern.* (Daselbst.)

Zusammenstellung von 150 Fällen, welche im Kinderspitale behandelt waren.

M. Lateiner (Lemberg). *Bakteriologische und histologische Untersuchungen über das sogenannte papulosquammöse Tuberkulid der Säuglinge.* (Tygodnik lekarski, Nr. 3—5.)

10 Fälle, davon in 6 Fällen Miliartuberkulose, 3 Fälle klinisch beobachtet und zu Untersuchungen verwendet. Die Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Das von Hamburger beschriebene Tuberkulid ist eine dem papulonekrotischen Tubelkulid (Folliklis) verwandte Erkrankung, ist aber kleiner, mehr oberflächlich, exulzeriert nicht und ist als solches für die Tuberkulose der Säuglinge und der jüngsten Kinder charakteristisch. Das histologische Bild entspricht den kleinzelligen, chronischen, um die Gefäße entstehenden, an Mastzellen reichen, in der Mitte zur Nekrose und Entstehung der Narbe führenden Infiltraten. In verschiedenen Stadien lassen sich darin Tuberkelbazillen leicht nachweisen. Die Bazillen sind lebensfähig und rufen beim Meerschweinchen eine allgemeine Tuberkulose hervor. Die Efloreszenzen müssen also als eine benigne Form der disseminierten, metastatischen Hauttuberkulose betrachtet werden.

H. Rosmarin (Bohorodczany). *Über die Serumbehandlung der Ruhr.* (Daselbst Nr. 2.)

Mit dem Wiener oder Krakauer Serum waren 97 Fälle behandelt, davon 42 Kinder. 335 Fälle ohne Serumbehandlung. Das Serum drückt die Mortalität von 23·3% auf 13·5% herunter, es wirkt genug oft ausgezeichnet (12%), sehr oft deutlich vorteilhaft (41%), es versagt aber, auch bei zeitiger Anwendung, z. B. am zweiten Krankheitstage, nicht selten gänzlich (47%), so daß die interne und lokale Therapie nicht vernachlässigt werden darf.

M. Lateiner (Lemberg.) *Über das Verhalten des Reduktionsindex (nach E. Mayerhofer) in der normalen und pathologischen Zerebrospinalflüssigkeit.* (Daselbst, Nr. 23/24.)

Die Verf. mißt der Erhöhung des genannten Index bei der Diagnose der tuberkulösen Meningitis eine praktische Bedeutung zu, obwohl unter ihren klinischen Fällen ein Fall von tuberkulöser Gehirnhautentzündung notiert ist, in dem keine Erhöhung vorlag, und 2 Fälle ohne tuberkulöse Entzündung, in denen die Erhöhung konstatiert wurde.

J. Hołodyński (Lemberg). *Zwei Fälle von Vakzineophthalmie.* (Daselbst, Nr. 42.)

Kasuistik.

M. Lateiner (Lemberg). *Pleuraempyem durch Micrococcus catarrhalis und Influenzabazillus hervorgerufen.* (Daselbst, Nr. 43.)

Kasuistik.

A. Bednarski (Lemberg). *Conjunctivitis phlyctaenulosa.* (Daselbst, Nr. 44/45.)

In 100 untersuchten Fällen war die Pirquetsche Probe immer, auch bei Säuglingen, positiv. Die Phlyktänen haben also dieselbe diagnostische Bedeutung wie der positive Ausfall der Tuberkulinprobe. Was die Rolle der Pedikulosis anbelangt, so waren bedeutendere Grade selten, unbedeutende Grade dagegen ließen sich sehr oft bei den Kindern mit Phlyktänen, 65%, aber ebenso oft bei den Spitalskindern ohne Phlyktänen, 68%, nachweisen. Lewkowicz (Krakau).

J. Wyleżyński (Sosnowka, Podolien). *Zur Präventivimpfung gegen Scharlach.* (Gazeta lekarska, Nr. 22.)

Während einer Scharlachepidemie, mit 26·3% Mortalität, in der Umgebung von einer Fabrikkolonie, wandte der Verf. bei 56 Kindern Präventivimpfungen nach Gabryczewski an; von diesen verfiel der Epidemie kein einziges Kind, während von 11 Nichtgeimpften 7 erkrankten. Die Reaktion auf die Impfung verläuft milder bei jüngeren Kindern, bei Erwachsenen wird sie manchmal lästig (Rötung, Ödem, Schmerz); höchste Reaktionstemperatur betrug 38·7°.

S. Kramsztyk (Kolberg). *Über den Bakteriengehalt der Säuglingsfäzes.* (Daselbst, Nr. 4 f.)

Deutsch in: Zeitschr. f. Kinderheilkunde, Bd. I, 1911.

L. Batawia. *Protrahierte Fieberzustände, durch Mandelerkrankungen hervorgerufen, nebst einigen Bemerkungen über das Wesen der Angina und der Anginakomplikationen.* (Daselbst, Nr. 44.)

In mehreren Fällen von langdauernden subfebrilen Zuständen gelang es, als Ursache kleine Mandelabszesse oder eingedickte Pfröpfe zu finden; nach Entfernung derselben trat prompte Heilung ein. Von bloßem Eröffnen der Abszesse und Lakunen mit Pfröpfen kann man radikale Heilung nicht erwarten; dies geschieht einzig durch komplette Tonsillektomie.

M. Michałowicz (St. Petersburg). *Über Albuminurie der älteren Kinder mit verringertem Stoffwechsel.* (Nowiny lekarskie, Nr. 7.)

Auf Grund eigener Beobachtungen kommt Michalowicz zum Schlusse, daß man die in den letzten Jahrzehnten öfter vorkommenden Fälle von Schulskoliose, Plattfuß und orthotischer Albuminurie dem geschwächten Muskelsystem zuschreiben muß. In beschriebenen Fällen gehörten die kranken Kinder den uratisch erblich belasteten Familien an und wiesen in dem Urin Vermehrung von Harnsäure und Indikan auf.

K. Rozenfeld (Czestochowa). *Über die Serumkrankheit.* (Daselbst, Nr. 7 f.)

Literaturbericht über die Serumkrankheit mit eigenen Beobachtungen. Nach der Injektion von französischem Serum tritt die S-Krankheit in leichterer Form auf. Bujak (Krakau).

Szmurło (Samara). *Über Nasendiphtherie.* (Medycyna i kronika lekarka, Nr. 11/12.)

Im Spitale zu Samara waren im Jahre 1900 151 Fälle von Diphtherie in Behandlung, davon nur 2% Nasendiphtherie. 3 Jahre später wächst das Prozent auf 25 und noch später auf 40. Alle Fälle waren bakteriologisch untersucht. Daraus erhellt, daß die Nasendiphtherie durchaus nicht so selten ist, wie die meisten meinen. Die Nasendiphtherie kommt meistens als eine chronische Erkrankung vor und auch das früheste Alter ist vor ihr nicht geschützt. Man muß besonders den einseitigen oder mit Blutungen verbundenen Schnupfen als für diphtherieverdächtig halten. Die Wirkung des spezifischen Serums in chronischen Fällen ist nicht so ausgeprägt wie bei akuten, unterliegt aber keinem Zweifel. Die Auseinandersetzungen sind durch Krankengeschichten illustriert.

A. de Michelis (Chełm). *Einige Worte über Intubation.* (Daselbst, Nr. 22.)

Das Material beträgt 280 Fälle. Der Verf. wendet sich gegen das Liegenlassen des Fadens. Extubation nach 3 Tagen. Beim Fortbestehen der Stenose Anwendung des Zelluloidtubus. Wenn nach wiederholter Extubation die Stenose weiter besteht, Tracheotomie.

J. Leyberg (Lodz). *Über die Hauttuberkulide und ihre diagnostische Bedeutung.* (Daselbst, Nr. 22.)

Sammelreferat.

St. Kramsztyk (Kolberg). *Ernährungsstörungen bei Säuglingen im Lichte der neuesten Forschungen.* (Daselbst, Nr. 46—52.)

Sammelreferat.

St. Ostrowski (St. Petersburg). *Blutmorphologie bei Rachitis.* (Daselbst, Nr. 49—51.)

Ostrowski untersuchte 30 Fälle von Rachitis und kam zu folgenden Resultaten: Bei unkomplizierter Rachitis konstatiert man Oligochromämie, im geringen Grade Oligozytämie, Aniso und Poikilozytose. Mehr auffallende Veränderungen gibt es bei Milzvergrößerung. Die Zahl der weißen Blutkörperchen ist meistens normal, selten vergrößert, größtenteils überwiegen die Neutrophilen. Die unreifen Formen der Myozyten gelangen bei Rachitis niemals ins Blut. Das Hb ist öfter als die Zahl der roten Blutkörperchen vermindert.

A. Mamrot. *Über Stuhlverstopfung bei Kindern.* (Daselbst, Nr. 31.)

Entsprechende Ernährung und Bauchmassage werden empfohlen.

M. Biehler. *Über Koplikflecke.* (Daselbst, Nr. 4—6.)

Bei 947 Masernkranken waren nur dreimal keine Koplikflecke gefunden. Meistens (812mal) waren sie 4 Tage und einmal schon 10 Tage vor dem Ausbruche des Exanthems vorhanden. Die Flecke kommen nur bei Masern vor.

Rozenblat. *Über die Beziehungen der exsudativen Diathese beziehungsweise des Lymphatismus zur Skrophulose und Tuberkulose.* (Daselbst, Nr. 42—44.)

Ein durch eigene Beobachtungen illustriertes Sammelreferat.

Besprechungen.

Karl Hochsinger. *Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause.* (Dritte, vermehrte und vielfach veränderte Auflage. Mit 21 Abb. im Texte.) (Verlag von Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1912, Preis: M. 4.—.)

Die neue Auflage ist vielfach erweitert und umgestaltet, so daß das Buch seinem Zweck der Belehrung vollkommener gerecht wird. Das Hochsingersche Buch steht nicht nur um der großen praktischen Erfahrung seines Autors willen, sondern auch wegen der zweckmäßigen Auswahl des Stoffes und der Qualität und Quantität des Gebotenen an erster Stelle unter den populären Schriften.

A. Keller (Berlin).

Festschrift M. Kassowitz *zur Feier seines siebzigsten Geburtstages gewidmet von Schülern, Freunden und Verehrern.* Herausgegeben von B. Gomperz, C. Hochsinger, R. Neurath. Mit 1 Porträt. 61 Textfiguren und 9 Tafeln. (Verlag von Jul. Springer, Berlin, 1912.)

Der von Hochsinger gezeichneten Widmung folgt eine Aufzählung der wissenschaftlichen Arbeiten von Max Kassowitz aus den Jahren 1874 bis 1912 und daran schließt sich eine Reihe von Arbeiten, deren Autoren und Titel an dieser Stelle nur genannt werden, da sie selbst in der Monatsschrift bereits einzeln referiert sind. Die Arbeiten sind sämtlich in der Zeitschrift für Kinderheilkunde erschienen:

H. Abels. Zur Pathogenese der Mikromelie. — J. v. Bokay. Über die infantile Lithiasis in Ungarn. — J. Drey. Hereditäre Brachydaktylie, kombiniert mit Ankylose einzelner Fingergelenke. — A. Epstein. Das Ohrringstechen und seine Gefahren, insbesondere die tuberkulöse Ansteckung der Stichöffnungen. — H. Finkelstein. Zur diätetischen Behandlung des Säuglings- und Kinderekzems. — R. Fischl. Was lehrt mein Rachitismaterial? — J. K. Friedjung. Beobachtungen über kindliche Onanie. — A. Fuchs. Bakteriämie im Verlaufe der chronischen Tuberkulose. — A. Goldreich. Zur klinischen Diagnostik der latenten Lues hereditaria (mit besonderer Berücksichtigung der Kubitaldrüsen). — B. Gomperz. Über die Ursachen des Offenbleibens und Vernarbens von Trommelfellücken im Kindesalter. — M. Haudek. Beitrag zur Behandlung der rachitischen Deformitäten des Kniegelenkes. — A. F. Hecht. Die Unterscheidung des funktionellen und des organischen Herzblocks. — K. Hochsinger. Was ist Skrofulose? — K. Kassowitz. Versuch einer Sensibilisierung gegen Kuhmilchkasein auf enteralem Wege. — L. Langstein. Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der rachitischen und spasmophilen Veranlagung. — H. Lehndorff. Bronchitis chloromatosa. — L. F. Meyer. Über den Wasserbedarf des Säuglings. — J. Michiels und B. Schick. Die Intrakutanreaktion des Menschen auf Diphtherietoxininjektion als Ausdruck des Schutzkörpergehaltes seines Serums. — C. Müller und H. Neumann. Über die Resultate

unserer Adenotomien bei Kindern. — H. Neumann. Über psychische Störungen im Prodromalstadium der Rubeolen. — R. Neurath. Paralytische Äquivalente der Kinderepilepsie. — G. Nobl. Zur Pathologie vakzinogener Ausschläge. — C. v. Pirquet. Die Boxstation der neuen Wiener Kinderklinik. — A. v. Reuß. Über die Bedeutung der Unterernährung in der ersten Lebenszeit. — A. Schloßmann. Atrophie und respiratorischer Stoffwechsel. — R. Stern. Zur Frage der Messung des Skelettmuskeltonus. — S. Weiß. Vorschläge zur Angliederung einer offenen Säuglingsfürsorge-Organisation an ein Wiener Kinderhospital. — E. Wieland. Über hypothyreotische Konstitution und über frühzeitig erworbene Athyreose. — J. Zappert. Über die akute schmerzhafte Brustdrüsenschwellung größerer Kinder („Mastitis adolescentium"). A. Keller (Berlin).

A. Lesage. *La scarlatine.* (Encycl. scient. des Aide-Mémoire, Paris, Masson et Cie. Fr. 2.50.)

Von vielen Seiten ist der Scharlach in den letzten Jahren bearbeitet worden und die Erforschung der Klinik und Epidemiologie der Krankheit hat auch vielfache Früchte gezeitigt. Wenn die letzten Fragen trotzdem ihrer Lösung noch wenig näher gerückt sind, da es bisher nicht gelang, den Scharlach dem Experimente zugänglich zu machen, so ist es doch gerade jetzt, wo das Thema so vielseitig beleuchtet worden ist, von besonderem Interesse, eine zusammenfassende Darstellung, wie sie hier vorliegt, aus der Feder eines hervorragenden französischen Pädiaters zu lesen. Auf einer großen eigenen Erfahrung basierend, gibt Lesage eine interessante Schilderung der Krankheit im Lichte der mannigfachen neuen Tatsachen, und die individuelle Auffassung vieler Punkte macht das Buch für jeden Leser anregend und anziehend. Der deutsche Leser wird auch dadurch erfreut sein, daß Lesage die auswärtige Literatur neben der französischen gebührend berücksichtigt. So kann das Büchlein aufs wärmste empfohlen werden. Thorspecken (Bremen).

Albert Aschoff. *Bemerkungen zur Säuglingsernährung.* (Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1911, 21 S.)

Die Schrift ist eine Stimme aus dem großen Lager derer, denen die heutige Pädiatrie allzu revolutionär erscheint. „In der Fachliteratur und auch in den Tageszeitungen werden Behauptungen mit großer Bestimmtheit aufgestellt, die wohl theoretisch begründet erscheinen, aber den praktischen Erfahrungen nicht immer entsprechen. So gering ihre Bedeutung im allgemeinen sein mag, sie genügen, um uns Praktikern die Behandlung zu erschweren und bisweilen auch den uns anvertrauten Säuglingen zum Nachteile zu gereichen, sobald derartige Behauptungen von den jungen Müttern gelesen und mit Hartnäckigkeit festgehalten werden." Aschoff bespricht dann die Fragen, ob jede Frau nähren könne, ob die Menstruation und Schwangerschaft Einfluß auf die Milchsekretion hat und ob es Veränderungen der Milch von qualitativer Natur gibt, und verteidigt sie im Sinne der älteren Anschauungen.

Zum Teil beziehen sich seine Einwände überhaupt auf Ansichten, die nicht als anerkannte Lehren der Pädiatrie gelten können, und doch muß letztere für alles büßen. Eine Summe von Vorwürfen wird in dem kleinen Heftchen vorgebracht. Die Beweisführung läßt allerdings nicht selten zu wünschen übrig, z. B. wenn Aschoff schreibt: „Daß ein Brustkind — vielleicht wieder mit Ausnahme von Frühgeburten oder abnorm schwachen Kindern — sich an der eigenen Mutterbrust überfüttert, widerspricht schon so sehr jedem instinktiven Nahrungsbedürfnis und jedem natürlichen Trieb, daß es sehr unwahrscheinlich ist."

Thorspecken (Bremen).

Julius Wolf. *Der Geburtenrückgang. Die Rationalisierung des Sexuallebens in unserer Zeit.* (Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1912, Preis: M. 7.50.)

J. Borntraeger. *Der Geburtenrückgang in Deutschland. Seine Bewertung und Bekämpfung.* (Verlag von Curt Kabitzsch, Würzburg. 1913, Preis: M. 4.—.)

Beide Bücher behandeln dasselbe Thema — Ausmaß, Gliederung, Ursachen und Folgen des Geburtenrückganges —, wenn auch Bornträger sich mehr auf Deutschland beschränkt, während Wolf die internationalen Verhältnisse berücksichtigt. Es müssen naturgemäß auch dieselben Tatsachen zur Besprechung kommen; aber beide Werke sind geradezu ein Musterbeispiel dafür, wie verschieden von zwei Leuten dieselben Tatsachen angesehen werden können. Borntraeger wird durch Vorurteile gehindert, das große Problem in seinen Ursachen und Wirkungen zu erfassen und löst es in eine große Zahl von kleinen Fragen auf, für die er dann Abhilfe in kleinen Mitteln sucht. Wolf dagegen behält immer das ganze im Auge, hält sich frei von jeder Übertreibung wie auch von jeder Beschönigung und scheut sich nicht, die Gefahr, die aus dem Geburtenrückgang den Kulturnationen erwächst, in vollem Umfange zu schildern, wenn er auch nach Lage der Dinge kaum hoffen kann, der Gefahr wirkungsvoll zu begegnen.

Folgen wir dem Gedankengang Wolfs, so gibt er zunächst statistische Zahlen über den Geburtenrückgang, bespricht die Erklärungsversuche, welche in dem Absinken der allgemeinen Sterblichkeit, in dem Sinken der Zahl der Eheschließungen, in physiologischer Minderwertigkeit der Rasse, in der gesteigerten Wohlhabenheit der Masse die Ursachen des Geburtenrückganges suchen. Jedes dieser Momente ist ursächlich beteiligt, aber gewiß nicht ausschlaggebend. Am ernstesten zu nehmen ist die zuletzt angeführte Wohlstandtheorie; doch sieht Wolf in den dafür beigebrachten Beweisen nichts anderes als Belege dafür, daß in weitgehender Unabhängigkeit vom Wohlstand fortschreitender Ordnungssinn, das Steigen des Bildungsgrades der Masse, die Emanzipation von den überkommenen Werten, das Überhandnehmen des Rationalismus auf einen Rückgang der Geburten hinwirken. Aus statistischen Zahlen läßt sich nachweisen, daß der Religion für die Geburtenfrequenz eine überaus

große Bedeutung zukommt, und ebensowenig läßt sich bestreiten, daß die praktische Richtung Bedeutung in der Frage hat.

Höchst bemerkenswert ist die Tatsache, daß unter allen statistisch kontrollierten Gebieten der Welt gegenwärtig nur zwei auf eine Erhöhung der Geburtenziffer gerichtete Tendenz zeigen, das eine ist die kanadische Provinz Ontario, das andere ist Japan. Unter den europäischen Kulturvölkern steht Deutschland mit seinen rund 310 Geburten auf 10.000 Menschen fast genau auf halbem Wege zwischen den 190 Frankreichs und den zirka 450 Rußlands und hat selbst vor Italien, Österreich und Ungarn einen Vorsprung.

Je kritischer Wolff die Ursachen des Geburtenrückganges betrachtet, je mehr wir seine Logik anerkennen müssen, um so stärker wirkt auf uns der Pessimismus, mit dem er dem doch notwendigen Kampf gegen den Geburtenrückgang entgegensieht. Er erwartet von einer Bevölkerungspolitik nicht mehr als ein leichtes Nachlassen des Geburtenrückganges, da alle Machtmittel des Staates, ja sogar der Religion auf die Dauer gegenüber der Rationalisierung des Sexuallebens versagen, und kommt so zu der Überzeugung, daß bei unaufhaltsam weiterfortschreitendem Rückgang der Geburtenziffer eine Volksvermehrung in der bisherigen Weise nur auf dem andern, dem negativen Wege, nämlich durch weitere Einschränkung der Sterbezahl, zu erreichen ist. A. Keller (Berlin).

Ellis Havelock. *Rassenhygiene und Volksgesundheit.* (Deutsche Originalausgabe veranstaltet unter Mitwirkung von Dr. Hans Kurella.) (Verlag von Curt Kabitzsch, Würzburg, 1912, Preis: M. 6.50.)

Eine interessante Lektüre. Für den Kinderarzt fachlich von Interesse sind die Abschnitte bezüglich Kindersterblichkeit, Qualität der Rasse, Bedeutung der sinkenden Geburtenziffer, sexuelle Aufklärung, Religion und Erziehung der Kinder. Um im übrigen eine Übersicht über den Inhalt zu geben, begnüge ich mich mit der Angabe der Kapitelüberschriften:

Individualismus und Sozialismus. — Die Bedeutung der sinkenden Geburtenziffer. — Die Änderung in der Stellung der Frauen. — Der gegenwärtige Stand der Frauenbewegung. — Die Emanzipation der Frauen von der Romantik der Liebe. Rassenhygiene und Liebe. — Das Problem der Sexualhygiene in der Erziehung. — Die Religion und die Erziehung des Kindes. — Die Hebung der Sittlichkeit durch Sittengesetze. — Die Wohnung als Milieu- und als Selektionsfaktor. — Das Problem einer internationalen Sprache. — Der Kampf gegen den Krieg. A. Keller (Berlin).

M. Mosse und **G. Tugendreich.** *Krankheit und soziale Lage.* I. Lieferung, J. F. Lehmanns Verlag, München, 1912, Preis M. 6.)

Das Werk soll in drei Lieferungen erscheinen und noch im Jahre 1912 abgeschlossen sein. Es teilt sich in:

1. Allgemeiner Teil;
2. Soziale Ätiologie der Krankheiten;
3. Soziale Therapie der Krankheiten.

Die Aufgabe, welche sich die Herausgeber und ihre Mitarbeiter gestellt haben, besteht darin, die Einwirkungen der sozialen Lage auf Verhütung, Entstehung und Verlauf der Krankheiten darzustellen sowie die Mittel, durch welche diese Einwirkungen gemildert oder beseitigt werden können. In diesem Sinne werden alle „sozialen" Ursachen der Krankheiten, alle krankheitserregenden und begünstigenden Umstände angesehen, welche das Gesellschaftsleben, die Kultur erzeugt hat; im Gegensatze zu jenen, welche die Natur hervorruft. In der Einleitung führen die beiden Herausgeber des weiteren aus, in welcher Weise die soziale Lage im großen und ganzen und insbesondere die Ernährung, Wohnung und der Beruf einen Einfluß auf die Hygiene und die Heilkunde ausüben. Daran schließt sich ein Aufsatz von Silbergleit über Grundzüge der Krankheits- und Todesursachenstatistik. Die drei weiteren Kapitel, welche außer den genannten den Inhalt der Lieferung I bilden, gehören zusammen, und zwar wird von E. Wernicke (Posen) der Einfluß der Wohnung auf die Krankheit und Sterblichkeit, von Felix Hirschfeld (Berlin) der Einfluß der Ernährung auf Krankheit und Sterblichkeit und von Franz Koelsch (München) der Einfluß der Arbeit beziehungsweise des Berufes dargestellt. Wernicke beschäftigt sich insbesondere mit dem Einflusse der Wohnung auf die Entstehung der Tuberkulose; er schließt sich übrigens Römers Anschauungen an, daß besonders schwere, während des Kindesalters innerhalb der Wohnung, innerhalb der Familie erfolgende Tuberkuloseinfektionen die Hauptursache, um nicht zu sagen einzige Ursache der Schwindsucht darstellen. Eine zweite Frage, die für uns von besonderer Wichtigkeit ist, schneidet Wernicke an, nämlich die Sommersterblichkeit der Säuglinge als Wohnungskrankheit. Ohne die vorangehende Literatur zu vernachlässigen, folgt er in der Darstellung vollkommen den Anschauungen Rietschels. An dieser Stelle möchte ich nur kurz darauf hinweisen, daß den Zahlen Kampfmeyers, welcher die Säuglingssterblichkeit in englischen Gartenstädten der Säuglingssterblichkeit in englischen Großstädten gegenüberstellt, wohl viel zu viel Bedeutung beigelegt wird. Selbst wenn die Zahlen zuverlässig wären, darf nicht vergessen werden, daß der Wohlhabenheitsgrad der Bevölkerung in den Gartenstädten weit über dem Durchschnitte desselben in den Großstädten steht, und der mächtige Einfluß der Wohlhabenheit auf die Säuglingssterblichkeit ist wohlbekannt.

A. Keller (Berlin).

L. Teleky. *Wiener Arbeiten aus dem Gebiete der sozialen Medizin.* (Alfred Hölder, Wien, 1912, H. 2.)

An dieser Stelle erwähnenswert ist aus der Reihe von Arbeiten die von S. Rosenfeld „über den Einfluß des Wohlhabenheitsgrades auf das Geschlechtsverhältnis der Geborenen in Wien". Ein solcher, von anderen Seiten behaupteter Einfluß im Sinne einer Begünstigung von Mädchengeburten bei größerer Wohlhabenheit scheint ihm nicht erwiesen, obgleich eine oberflächliche Betrachtung auch seiner eigenen Zahlen scheinbar für ein solches Abhängigkeitsverhältnis spricht.

Thorspecken (Bremen).

Hermann Tillmanns. *Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie.* (11., verbesserte Auflage. Mit einer Tafel und 767 Abb.) — *Lehrbuch der speziellen Chirurgie.* (2 Bände, 9. verbesserte und vermehrte Auflage, 1. Teil mit 647, 2. Teil mit 783 Abb.) (Verlag von Veit und Comp., Leipzig, 1913 resp. 1911, Preis des allgemeinen Teils M. 22.50, des speziellen Teils M. 55.—.)

Das Lehrbuch von Tillmanns ist seit langen Jahren als ausgezeichnet anerkannt und bedarf heutzutage keiner Empfehlung mehr. Wir, die wir es im wesentlichen als Nachschlagbuch in Betracht ziehen, wissen dem Verf. Dank, daß er sich nicht scheut, jede neue Auflage gründlich umzuarbeiten und nach dem Stand der neuen Literatur zu ergänzen. Einen besonderen Vorzug hat das Werk von jeher in der Auswahl instruktiver Abbildungen besessen, an deren Vervollkommnung Verf. und Verlag ständig arbeiten.

A. Keller (Berlin).

Georg Burckhard. *Studien zur Geschichte des Hebammenwesens.* I. Bd., 1. H.: *Die deutschen Hebammenordnungen von ihren ersten Anfängen bis auf die Neuzeit.* 1. Teil, mit 2 Abb. im Texte. (Verlag von Wilhelm Engelmann, Leipzig 1912, Preis: M. 7·—.)

Anscheinend ein groß angelegtes Werk, welches sich die Aufgabe stellt, das gesamte vorliegende geschichtliche Material zu sammeln und zu besprechen. Das vorliegende Heft bringt zunächst die Kirchenordnungen, dann die Hebammenordnungen des 15. und 16. Jahrhunderts, und zwar in der Weise, daß im Anhang das Aktenmaterial selbst vorgelegt wird. A. Keller (Berlin).

Ludwig Pincussohn. *Medizinisch-chemisches Laboratoriums-Hilfsbuch.* (Mit 75 Fig. und einer Spektraltafel.) (Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig, 1912, Preis: M. 13.50.)

Das Buch will den Neuling in die Laboratoriumstechnik einführen und soll für den fortgeschrittenen Arbeiter ein Nachschlagebuch sein. Der ersten Aufgabe wird der Verf. in glücklicher Weise gerecht und wählt für die zur Ergänzung der praktischen Arbeit notwendige Belehrung die richtige Darstellung; zweifelhaft ist es, ob die zweite Aufgabe gleich gut gelöst wird, vor allem aber, ob bei den vortrefflichen großen Nachschlagebüchern, welche wir für das Laboratorium besitzen, ein Bedürfnis für ein solches Nachschlagebuch vorhanden ist. Jedenfalls erkennen wir aber an der Darstellung sowohl wie an der Auswahl des Stoffes, daß der Verf. über langjährige Laboratoriumserfahrung verfügt. A. Keller (Berlin).

B. Schlegtendal. *Medizinalkalender für das Jahr 1913.* (Verlag von August Hirschwald, Berlin.)

In bekannter Form und Einteilung ist der beliebte Kalender wiederum erschienen. A. Keller (Berlin).

W. Mitlacher. *Die offizinellen Pflanzen und Drogen.* (Eine systematische Übersicht über die in sämtlichen Staaten Europas sowie in Japan und den Vereinigten Staaten von Amerika offizinellen

Pflanzen nnd Drogen mit kurzen erläuternden Bemerkungen.) (Karl Fromme, Wien und Leipzig, 1912, 136 S., K. 6.80.)

Geeignetes Nachschlagebuch. Bei jeder Pflanze sind auch die wesentlichen Bestandteile und Verwendungsarten der Drogen angegeben. Thorspecken (Bremen).

O. Schmiedeberg. *Arzneimittel und Genußmittel.* (A. „Natur und Geisteswelt". B. G. Teubner, Leipzig, 1912.)

Der Name des Autors bürgt für die hohe wissenschaftliche Qualität der Darstellung dieser populär gefaßten Pharmakologie. Der Versuch, das Interesse und Verständnis auch weiterer Kreise für die Wirkung des Arzneimittel zu gewinnen, kann als wohlgelungen bezeichnet werden und es wäre vom ärztlichen Standpunkt zu begrüßen, wenn das Laienpublikum richtigere Vorstellungen von Arzneiwirkungen bekäme. Thorspecken (Bremen).

Inhalt.

Klotz. *Sammelreferat über die im Jahre 1911 erschienenen Arbeiten aus dem Gebiete des jugendlichen Schwachsinnes und der psychischen Sonderzustände im Jugendalter 787.* — **Anatomie und Physiologie, Pharmakologie. Langer. Friedberger** und **Langer. Ströbel.** *Anaphylaxie 822.* — **Faust.** *Opiumalkaloide 822.* — **Schule. Fuchs.** *Hilfsschule 823.* — **Klinik der Kinderkrankheiten. Ledermann. La Fetra** *823.* **Popoff.** *Syphilis 824.* — **Gräfin Linden** *824.* **Plery. Calmette. de Keersmaecker** *825.* **Wettendorf. Liebermeister** *826.* **Wortmann** *827.* **Dupérié. Rumpf. Bontemps. Hüssy** *828.* **Martin** *829.* **Coseo, Rosa** und **Benedictis. Zweig.** *Tuberkulose 830.* — **Levaditi. de Biehler. Björrksten** *830.* **Jochmann.** *Scharlach 831.* — **Reye** *831.* **Barikine. Abramow** *832.* **v. Drigalski. Benesi. Lorey** *833.* **Berry** und **Blackburn. Ménard. Conrads** und **Troch.** *Diphtherie 834.* — **Berkowitz.** *Rheumatismus nodosus 834.* — **Duthoit. Döbeli. Feer** *835.* **Döbeli. Delcourt.** *Keuchhusten 836.* — **Studte. Királyfi** *836.* **Malaise.** *Typhus 837.* — **Rimpau.** *Paratyphus 837.* — **Zabel.** *Meningitis purulenta 837.* — **Blühdorn.** *Meningitis serosa 837.* — **Günther.** *Schweinerotlauf 838.* — **Schastnij.** *Pest. 838.* — **Armako** und **Kôjima** *Cholera 838.* — **Romm** und **Balaschow, Messerschmidt** *838.* **Mayer.** *Dysenterie 839.* — **Christie.** *Otitis media 839.* — **Plate** und **Lewandowsky** *Symmetrische Schwellung der Speichel- und Tränendrüsen 839.* — **Götzky.** *Tetanus neonatorum 839.* — **Herrmann.** *Infektionskrankheiten 839.* — **Gerhardt.** *Interkurrente Infektionskrankheiten 840.* — **Petruschky.** *Bazillenträger 840.* — **Raubitschek.** *Ausscheidung von Baklerien 840.* — **Lettnow.** *Widerstandsfähige Bazillensporen 840.* — **Henke** und **Reiter.** *Hämolytische und anhämolytische Streptokokken 840.* — **Salzer.** *Diplokokkenperitonitis 840.* — **Daniels.** *Pneumokokkensepsis 841.* —

Iversen und **Tuschinsky.** *Malaria 841.* — **Bron.** *Pockenrezidiv 841.* — **Acker.** *Lyssa 841.* — **Schippers.** *Aleukämische Lymphadenose 841.* — **Bernheim.** *Chlorose 842.* — **Stiller.** *Orthotische Albuminurie 842.* — **Plumier.** *Nephritis 842.* — **Weitz.** *Pneumonie 842.* — **Brückner, Gaethgens** und **Vogt.** *Bakterioloqie der Respirationserkrankungen 843.* — **Kulbs.** *Lungenabszeß 844.* — **Echenique.** *Pulsverlangsamung 844.* — **Guillaume.** *Fibrillation der Herzohren 844.* — **Brandes.** *Embolie nach Injektion von Wismutsalbe 844.* — **Planchy.** *Scheintod der Neugeborenen 844.* — **Ebstein.** *Eunuchoidismus bei Diabetes insipidus 844.* — **van der Heide, de Leeuw.** *Anilininloxikation 845.*— **Carstens.** *Morphiumvergiftung 845.* — **Szametz.** *845.* **Weill.** *846.* **van Pee.** *Chorea 846.* — **Stirnimann.** *Anorexie 846.* — **Hertoghe.** *Myxödem 846.* — **Dupuy.** *Zurückgebliebene Kinder 846.* — **Welde.** *Kernaplasie 846.* — **Brocacé. de Vaurigand. Shukowsky** und **Baron.** *Hirntumoren 847.* — **Hartje.** *Meningitis basilaris 847.* — **Tange** und **Groenendyk.** *Osteogenesis imperfecta 848.* — **Metman.** *Ileus 848.* — **Oehler.** *Eosinophilie bei Darmaffektionen 848.* — **Hutinel.** *Chronische Mediastinitis 848.* — **Comby.** *Tonsillenabszesse 848.* — **Derselbe.** *Hydrozephalus 849.* — **Zeller.** *Krebs 849.* — **Brun.** *Radikalbehandlung der Nabelhernie 850.* — **Meyer.** *Hypospadie 850.* — *Referate aus der polnischen pädiatrischen Literatur 850.* — **Besprechungen. Hochsinger.** *Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause 857.* — *Festschrift für Kassowitz 857.* — **Lesage.** *La scarlatine 858.* — **Aschoff.** *Bemerkungen zur Säuglingsernährung 858.* — **J. Wolff. J. Bornträger.** *Der Geburtenrückgang 859.* — **Havelock.** *Rassenhygiene und Volksgesundheit 860.* — **Mosse** und **Tugendreich.** *Krankheit und soziale Lage 860.* — **Teleky.** *Wiener Arbeiten aus dem Gebiete der sozialen Medizin 861.* — **H. Tillmanns.** *Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie 862.* — **G. Burckhard.** *Geschichte des Hebammenwesens 862.* — **Pincussohn.** *Laboratoriumshilfsbuch 862.* — **Schlegtendal.** *Medizinalkalender 862.* — **Mitlacher.** *Pflanzen und Drogen 862.* — **Schmiedeberg.** *Arzneimittel und Genußmittel 863.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin W. 50., Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Namenverzeichnis.

Die Titel der Originalmitteilungen sind in gesperrter und die Seitenverweise in fetter Schrift gedruckt.

Simon van der Aa. Holländische Kindergesetze 784.
Aaser. Nachweis des Diphtheriegiftes im Blut 344.
A. Abate. Blutveränderungen bei Leishmaniose nach Salvarsaninjektion 243.
E. G. Abbott. Skoliosebehandlung 261.
E. Abderhalden. Partielle Hydrolyse von Proteinen 73.
E. Abderhalden und **Fr. W. Strauch.** Fermente des Magensaftes 73.
Rudolf Abel. Diphtheriebekämpfung 560, 752.
Abels. Manifestwerden von Athyreosis 788.
M. L. Abelmann. Rolle der Mineralsalze 217.
H. Abouka. Falsche Lungenaffektionen 280 — Kongenitale Atresie der Choanen 281.
H. Aboulker. Meningitis 560.
P. Abrami. Infektiöser Ikterus 560.
Abramow. Experimentelle Diphtherieintoxikation und Diphtherieimmunität 832.
E. Abramowitch. Koxofemorale Periarthritis 587.
Henriette Abramowitch. Ikterus und Bedeutung der Leber bei rezidivierendem Erbrechen 560.
Abramowski. Stillen und Tuberkulose 449.
El. Abramowski. Schwachsinnigenfürsorge in England 741.
H. Abramowski. Skrofuloseforschung 243.
H. Abrand. Direkte Laryngoskopie bei Larynxstenose 243, 623 — Fremdkörper in den Luftwegen 641 — Fremdkörper im Ösophagus 188. — Larynxstenose 774.
J. A. Abt. Behandlung der Magendarmkrankheiten 745 — Klassifizierung der Magendarmerkrankungen 659 — Milch als Säuglingsnährmittel 552 — Sommerdiarrhöe 552.
Acecolas. Aplastische perniziöse Anämie 560.
Achard. Typhus beim Säugling 243, 752.
Ch. Achard und **Ch. Flandrin.** Typhus beim Säugling 243, 560, 752 — Anaphylaktischer Choc 739.
Achard und **Touraine.** Anaphylaxie bei aszitischer Autoserotherapie 739.
Acker. Statistik der Lyssaschutzimpfungen 841 — Tuberkulöse Peritonitis 261.
E. Ackermann. Lichtberechnungsvermögen und spezifisches Gewicht 73.
Mamerto Acuna. Leberabszeß 774 — Pericarditis tuberculosa 752.
M. Acuna und **J. C. Navarro.** Bronchektasie 244.
Mamerto Acuna und **F. Schweitzer.** Epidemie von Poliomyelitis acuta in Buenos-Aires 560.
St. Acz-Nagy. Nachweis von Tuberkelbazillen im Blut 434.
Adam. Glioma retinae 1.
J. Adam. Retropharyngealabszeß 281 — Tuberkelbazillenfärbemethoden 560.
G. Adamo. Pathogenese und Ätiologie der Anaemia splenica 752.
Z. Agaciantz. Kongenitale Halszyste 587.
Agatston. Unterricht der Mutter in Säuglingspflege 784.
Ager. Achondroplasie 560.
L. C. Ager. Freiluftschulen und Schulventilation 233.
Ager. Intrathorakale Tuberkulose 244.
Agopoff und **Markuson.** Prophylaktische Injektion von Serum bei Diphtherie 344.

H. Aguilhon. Wirkung ultravioletter Strahlen auf die Diastasen 73.
M. Ahlendorf. Pruritus, Erytheme und Urticaria 560.
Ahlfeld. Abnabelung und Nabelschnurversorgung 547.
Fr. Ahlgrimm. Schule als sozialer Faktor 742.
Iskender Ahmed. Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 312.
Aiken. Poliomyelitis 521.
Tranosuke Akatsuka. Osteogenesis imperfecta congenita 752.
G. Alagna. Histopathologische Veränderungen der Tonsille bei Masern 244.
H. Alapy. Konservative Behandlung tuberkulöser Koxitiden und Gonitiden 453.
Albaret. Steine des Harnleiters 587.
Albert. Bakteriologie der Otitis med. pur. acuta 293 — Diphtherieträger und ärztliche Schulaufsicht 244.
M. Alberti. Echinikokkus 587.
Alberts. Mutterhäuser und Seminare für christliche Kinderpflege 784.
Albin. Meningitis 561.
P. Albrami, F. Widal und **Et. Brissaud.** Autoanaphylaxie 741.
O. Albrecht und **H. Pfeiffer.** Harntoxizität 164.
Alfred Pettersson, Carl Kling und **Wilhelm Wernstedt.** Übertragung der spinalen Kinderlähmung 253.
Alexander. Ozaena. Sammelforschung 542.
Gustav Alexander. Akute Labyrinthitis 293 — Schulärztliche Ohruntersuchung zu Berndorf 742.
H. Alexander. Beckensarkom im Kindesalter 642, 774.
E. M. Alger. Ophthalmia neonatorum 31, 244.
J. Allan. Chronische Bronchitis 434 — Morbilliformes Exanthem 752.
G. B. Allaria. Lumbalpunktion bei Scharlach-Urämie 561 — Urämie bei Scharlach 244 — Wassermannsche Reaktion bei chronischem Hydrozephalus 561.
O. Allemann. Bedeutung der Wasserstoffionen für die Milchgewinnung 745 — Einfluß von Düngung und Fütterung auf die Milchbeschaffenheit 73.
O. Allemann und **W. Müller.** Chemismus der Labwirkung 73.
Allen. Histopathologie des präparalytischen Stadiums der Poliomyelitis 10.
Allin. Säuglingszelte von Chicago 274.
Mc Allister. Hygiene des ersten Kindesalters 784 — Säuglingshygiene 596.
Allport. Augenschutz für Schulkinder 550.
Gaetano Politi Aloisio. Übergang der Aminosäuren von der Mutter auf den Fötus 739.
Karl Alpers. Zusammensetzung und Untersuchung der Kuh- und Ziegenmilch 745.
H. Altkaufer. Verdauung der Zellulose beim Kaninchen 552.
Altmann und **Herxheimer.** Tuberkulöser Prozeß nach Salvarsaninjektion 441.
T. Altschul. Geistige Ermüdung der Schuljugend 233, 807 — Schulhygiene 233.
W. Alwens und **J. Husler.** Röntgenuntersuchungen des kindlichen Magens 745.
Amako und **Kojima.** Komplementbindung bei Chorea 838.
J. Amaudrut. Periostales Sarkom des Humerus 587.
Conrad Amberger. Anormale Milch bei Euterentzündungen 745.
R. Amenomiya. Regeneration des Darmepithels an tuberkulösen Darmgeschwüren 434.
W. Ament. Seele des Kindes 517
Amesse. Prophylaxe und Behandlung der Kinderlähmung 521.
Amos und **Lucas.** Prophylaktische Vakzination gegen Dysenterie 338.
H. L. Amoß und **M. J. Rosenau.** Expirationsluft 581.
H. L. Amoß, Ph. Sheppard und **M. J. Rosenau.** Poliomyelitis anterior acuta 581.
Amsler. Conjunctivitis cruposa 1.
Cäsar Amsler. Nekrosen der Leber und der Nebennieren 774.
Anargyros. Augenkomplikationen bei epidemischer Zerebrospinalmeningitis 1.
P. Ancel und **P. Bouin.** Corpus luteum 74.
W. Anderl. Behandlung des Kretinismus 561.
John F. Anderseu und **Joseph Goldberg.** Masern 723.

Anderson. Diagnose und Behandlung der Diphtherie 244.
Anderson und **Frost.** Abortivfälle von Poliomyelitis 752.
J. F. Anderson und **J. Goldberger.** Ansteckungsfähigkeit der Masern 561 — Infektiosität des Blutes bei Masern 244 — Masern 684 — Maserngift im Nasen- und Mundsekret 355 — Masernvirus im Mund- und Nasenschleim 250.
P. Andlon. Behandlung der chirurgischen Tuberkulose 453.
Andrieu. Pottsche Krankheit 261.
Eugen Andronesen. Salvarsan bei hereditärer Lues 723.
Andronesco und **Saratzeano.** Frühdiagnose der Masern 752 — Wassermannsche Reaktion 752.
Angelici. Milch 74.
J. Anglada. Leukozytenuntersuchung bei Röteln 244.
N. Anitschkoff. Nierengefäße der angeborenen Nierendystopie 587, 774.
Anton. Kleinhirnreflexe bei Agenesie des Kleinhirns 791.
E. Apert. Buch aus dem Jahre 1492 330, 547 — Frühdiagnose bei Masern 244, 561.
Apert. Gesetze der Vererbung 739 — Kongenitaler Hochstand des Schulterblattes 262.
Apert und **Leblanc.** Ödematöse Sklerodermie 32.
E. Apert und **Rouillard.** Dysthyroidismus, Infantilismus und Juvenismus 752.
Arbeiter. Häufigkeit der primären Darmtuberkulose 171.
W. G. Archangelsky. Heilung der Meningitis tuberculosa 434.
Archer. Mundpflege bei Kindern 547.
Ardenne. Adenoidektomie 262.
Ardin-Delteil und **M. Coudray.** Spondylitis bei Typhus 262, 561, 587.
Ferdinand Arloing. Diphtherie der Vögel und menschliche Diphtherie 752.
J. M. Arluck und **J. J. Winocouroff.** Ansteckung an Tuberkulose während der Beschneidung 752.
Armaillac. Angeborenes Leukom beider Hornhäute 561.
P. F. Armand-Delille. Anaemia splenomegalica 491 — Anaphylaxie 739 — Heliotherapie nach Rollier 316, 679 — Tuberkulosemorbidität 752.
P. Armand-Delille und **A. Zuber.** Seekur bei Drüsentuberkulose 773.
D. Arnautovic. Kongenitale Syphilis 561.
Arneth. Eosinophile Leukozyten bei der kruppösen Lungenentzündung 407.
Arnold. Tonsillenenukleation 587.
Philipp Arnold. Milchversorgung der Städte 784.
W. Arnold. Frauenmilchfett 745.
H. D. Arnold und **R. C. Larrabee.** Quantitative Regulierung der Diät 236.
Hans Aron. Beeinflussung des Wachstums durch Ernährung 391.
Aronson und **Sommerfeld.** Giftigkeit des Harns bei Masern 684.
K. A. Arssenjewa. Urobilin- und Urobilinogenurie bei Scharlach und Masern 223.
L. Arthur. Vakzinetherapie 453.
Arzt. Gutartiger Tumor der Kopfregion 327.
R. Asch. Frühreifer Scheinzwitter 244.
Gustav Aschaffenburg. Nervosität im Kindesalter 752.
Erich Aschenheim. Eosinophilie und exsudative Diathese **269,** 398, 723 — Fett-, Kalk- und Stickstoffwechsel 392 — Beziehungen der Rachitis zu den hämopoetischen Organen 561 — Blut bei Rachitis 244.
Louis Asher. Körpermessungen 411 — Statistik der Kindertuberkulose 411.
Aschmann. Frühdiagnose der Mittelohrerkrankungen 561.
Aschner und **Grigorin.** Wirkung von Plazenta, Fötus und Keimdrüse auf die Milchsekretion 74, 656.
Albert Aschoff. Säuglingsernährung 858.
H. T. Ashby. Mit Rachitis und Verdauungsstörungen kombinierte Anämie 244, 561 — Leukozytose bei Keuchhusten 346.
Ashley. Bakteriologie der Diphtherie 752.
Ask. Entwicklungsanomalie im Gebiete des unteren Tränenröhrchens 1.

M. Askanazy. Gefäßveränderungen bei der akuten tuberkulösen Meningitis 434.
L. d'Astros. Vaccine generalisata 752 — Infantiler Skorbut 745.
M. Attal. Kongenitaler Verschluß der Choanen 262.
Ch. Attenhofer. Tuberkulin Béraneck bei chirurgischer Tuberkulose 561.
Attias. Fettige Entartung der Hornhaut bei Säuglingskeratitis 1.
Georg Atzrott. Angina Ludivici 752.
A. Aubert. Physiologie und Pathologie der Thymus 547.
Aubertin. Bronchialdrüsenerkrankung 375.
C. Aubertin. Bradypnoe und Phrenikuskompression bei Bronchialdrüsenerkrankung 244.
Audebert. Multiple Naevi 262.
Audebert und **Dieulafé.** Komplizierte Hasenscharte 262.
H. A. Auden, J. Priestley und **S. Barwise.** Ärztliche Behandlung von Schulkindern 233.
H. Audeoud, Ch. Martin du Pan, Ed. Martin und **Eug. Revilliod.** Maison pour les enfants malades 275.
J. Audrain. Erkrankung des lymphoiden Gewebes und Diathesen 752.
Adolphe Augé. Armenunterstützte Kinder 784.
D. Augier. Behandlung der Blasenektopie 262.
W. R. Mc Ausland und **Fr. A. Thompson.** Diphtherie 584.
E. Ausset. Kondensierte Milch beim Säugling 732.
Austin und **Veeder.** Multiple angeborene Hämangio-Endotheliome der Leber 180.
W. Autemrieth und **A. Funk.** Kolorimetrische Bestimmung des Milchzuckers 74.
A. Auzinger. Alkoholprobe 74.
C. E. Aviragnet. Bronchialdrüsenerkrankung und Tonsillenhypertrophie 244.
Aviragnet, Blechmann und **Huber.** Angina diptherna maligna 313 — Embolisches Gangrän nach maligner diphtherischer Angina 371, 753.
C. Aviragnet, L. Bloch-Michel und **H. Dorlencourt.** Trockenmilch in der Säuglingsernährung 161.
E. C. Aviragnet und **Dorlencourt.** Neutralfettsäuren und Seifen im Säuglingsstuhl 236 — Säuglingsfäzes 745.
Aviragnet und **Tixier.** Akute Tuberkulose 434, 453.
M. Aweng. Säuglingssterblichkeit in den Arbeiterbezirken des Departements du Nord 274, 596.
N. D. Awerkijew. Tierisches Alkaloid in Milch 74, 236.
Th. Axenfeld. Tuberkulose in der Ätiologie der intraokularen Hämorrhagien 434.
Axhausen. Kongenitaler behaarter Rachenpolyp 262, 774.
Ayers. Ärztliche Schulaufsicht 233.
S. H. Ayers und **W. T. Johnson** jun. Milch 74.
Azéma. Indikationen der Seekur 231. — Zerebrospinalmeningitis 244, 753.

L. Babonneix. Akromegalie 262 — Ätiologie der Littleschen Krankheit 561 — Epilepsie 753.
L. Babonneix und **V. Hutinel** Littlesche Krankheit 252, 571.
A. Bach. Reduktionsfermente 74 — Schardingerenzyem 74.
L. Bacharach. Mittelohraffektionen bei Masern 561.
Stephan Bächer. Ätiologische Bedeutung des Bordet-Gengouschen Keuchhustenbazillus 753.
Bachmann. Bekämpfung der Diphtherie 244.
A. Backe, Wiborg und **Röer.** Milch 74.
Bacmeister. Entstehung und Verhütung der Lungenspitzentuberkulose 434.
G. Badaloni. Schule und Tuberkulose 742.
Badger. Krankheiten unter Schulkindern 604.
G. S. C. Badger und **J. B. Hawes.** Freiluftzimmer und Hospitalschulen 233.
P. V. Badin. Orthopädische Schulaufsicht 550.
A. Baginsky. Behandlung der rheumatischen Komplikationen 536 — Infektionsdauer des Scharlachs 533 — Myxödem 537 — Neubau des inneren Pavillons 536 — Seeklima 453 — Typhoid 337 — Übertragung der Tuberkulose 429 — Wohlfahrtseinrichtungen in Städten 332.

Bahr. Ätiologie der Cholera infantum 736.
E. Bahr. Entzündliche Hüftgelenksverrenkungen 587.
J. Baehr. Streptokokken in Milch 552.
H. Bahrdt. Säuglingstuberkulose 434.
H. Bahrdt und **F. Edelstein.** Eisengehalt der Frauenmilch 74.
A. Baillet. Eisengehalt der Leber 547.
L. C. Bailleul. Deformität der unteren Extremität nach Osteitis der Tibia 774 — Mißbildung der Nierenextremität 587 — Tuberkulose der Hand- und Fußwurzelknochen 244, 774 — Tuberkulöse Osteitis 587.
Bain. Lezithin und Phytin 302.
Baines. Posttyphöses Delirium 337.
B. Baisch. Behandlung der chirurgischen Tuberkulose 453 — Chirurgisch-orthopädische Behandlung der spinalen und zerebralen Kinderlähmung 692.
Karl Baisch. Behandlung der hereditären Lues 175, 244.
Baker. Städtische Aufsicht der Kinderhygiene 596.
J. L. Baker und **H. F. E. Hulton.** Milch 74.
Ch. Balata. Puericulture bei den Arbeiterkindern 596.
Balard. Scheintod 753.
P. Balard. Veränderungen von Puls und Blutdruck bei Neugeborenen 739.
Balaschow und **Romm.** Ruhrepidemie in Kiew 838.
P. Bale. Vakzinebehandlung der rheumatischen Erkrankungen 244.
A. Balestre und **M. d'Oelsnitz.** Gouttes de Lait in Nizza 229.
L. Balland. Trichozephalus und Oxyuren im Zökum 561.
F. Ballnet und **K. v. Stoekert.** Trockenmilch 74, 745.
Balsamoff. Radiumbehandlung bei tuberkulöser Peritonitis 753.
M. Balteau. Mongolismus 371.
Balthazar und **Nicloux.** Kohlenoxydvergiftung 765.
F. Balzer, Barcat und **Condat.** Miliäre symmetrische telangiektasische Naevi des Gesichtes 561.
E. Bamberger. Sklerödem und Sklerodermie 552.
Bandelier und **Roepke.** Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose 427 — Klinik der Tuberkulose 247.
I. Bang. Milchgerinnung durch Lab 74, 236.
George S. Banks. Familiäre Empfänglichkeit und Empfindlichkeit gegen Scharlach 753.
Bantin. Pellidol und Azodolen zur Behandlung der Ekzeme 723.
Bantlin. Behandlung der Ekzeme mit Pellidol und Azodolen 665.
P. Bar. Athrepsie der Neugeborenen und Frühgeborenen 745 — Salvarsanbehandlung 244 — Scheintod beim Neugeborenen 244.
I. A. Barannikow. Bordet-Gengousche Reaktion bei Scharlach 224, 244, 353 — Leukozytenformel bei Masern 224.
C. Barbano. Involution der Thymus 547.
P. Barbarin. Behandlung der Rachitis 245 — Kongenitale Hüftgelenksluxation 262.
G. Barbaux. Selbstmord beim Kind 561.
E. S. Barbe-Oberlin. Tuberkulose der Tracheo-Bronchialdrüsen 427, 561, 588.
H. Barbier. Mineralbedarf 236 — Sterilisierte Windeln 231.
Barbier und **Baron.** Tuberkulin-Intradermo-Reaktion in der Diagnose der Tuberkulose 245.
H. Barbier und **Gassier.** Hereditäre Syphilis des Zentralnervensystems 176 — Nervöse Erscheinungen der Erbsyphilis 626.
Barbier und **Gougelet.** Meningeale tuberkulöse Episode 373.
Barbour. Dyspepsie nach dem Säuglingsalter 236.
Barcat, F. Balzer und **Condat.** Miliäre symmetrische telangiektasische Naevi des Gesichtes 561.
B. Bardach und **S. Silberstein.** Polarimetrische Zuckerbestimmung 74.
Barikine. Diphtherietoxin und Antitoxin 832.
F. Barjon. Radiotherapie chirurgischer Tuberkulose 453.
F. Barjon und **R. Rendu.** Dextrokarditis mit Situs inversus 262.
H. Barkan und **W. P. Lukas.** Akute eitrige Perikarditis im Säuglingsalter 753.
S. Barling. Abdominale Erkrankungen 245.

Seymour Barling. Pneumokokkenperitonitis im Kindesalter 619, 753.
Amerigo Barlocco. Einfluß der Autolyse auf Diphtherietoxin 753.
Baron und **Barbier.** Tuberkulin-Intradermo-Reaktion in der Diagnose der Tuberkulose 245.
Baron und Shukowsky. Hirngeschwülste 847 — Kongenitale Atresie der Speiseröhre 640.
Barral, Coulomb und **Couton.** Serumbehandlung bei Parameningokokkensepsis 561.
Albert Barraud. Nasensteine 588.
L. Barre. Scharlachherz 562.
Barret. Abdominaltyphus 245.
J. B. Barrett. Chirurgische Symptome 262.
G. Barret, Ch. Leroux und **R.I abbé.** Situs viscerum inversus 779.
Barrié und **Routier.** Paroxystische Tachykardie 753.
Barrington-Ward. Coxa vara bei Geschwistern 376.
Bartels. Anomalien der Augenbewegung und Augenstellung 1 — Augeneiterung der Neugeborenen 1 — Augenmuskellähmungen an Neugeborenen 1.
J. Bartel, W. Neumann und **G. Leimsner.** Einwirkung von Organen auf den Tuberkelbazillus 441.
Chr. Barthel. Reduktaseprobe 74 — Schleimige Milch 74.
Chr. Barthel und **O. Stenström** Widerstandskraft von Tuberkelbazillen gegen Erhitzen in Molke 74.
P. Barthélemy. Thoraxform und Atmungsgeräusche bei Herzhypertrophie 561.
E. H. Bartley. Salze in der Säuglingsernährung 236.
W. M. Barton. Elimination von Hexamethylenamin 293.
Hugo Bartsch. Schularztsystem 742.
Baruck. Selbstmord im jugendlichen Alter 753.
S. Barwise, J. Priestley und **H. A. Auden.** Ärztliche Behandlung von Schulkindern 233.
Basany. Retropharyngealabszeß 280.
P. Baseoul. Hyperästhesie bei Lungentuberkulose 562.
C. A. Basker. Meningitis nach Masern 245, 562.
M. Bastia, K. Landsteiner und **C. Levaditi.** Heine-Medinsche Krankheit 253.
Karl Basch. Ammenwahl und Ammenwechsel 417 — Viskosimetrische Beobachtungen an Milch 74, 236.
K. Basch und **A. Rohn.** Physikalischer Nachweis der Thymus 14, 185.
Bass und **Schwarz.** Kalkumsatz bei Tetanie 164.
Bassoe. Poliomyelitis anterior acuta 10.
L. Batawia. Protrahierte Fieberzustände 855.
Bates. Augenüberanstrengung 550.
Batte. Ataktische Thymus der Poliomyelitis anterior acuta 10.
Frederick E. Batten. Dermatomyositis 753 — Experimentelle Poliomyelitis 753.
Pierre Baudet. Eingeklemmte Hernie 774.
M. Baudouin. Abnutzung der Zähne 245.
Marcell Baudouin. Abnutzung der Zähne bei den Kindern der Steinzeit 739.
I. Baudrand. Wachstum 552.
Bauer. Intrakutanreaktion 197 — Reaktion zur Unterscheidung von Kuh- und Frauenmilch **474** — Tuberkulose im Kindesalter 427.
Felix Bauer. Affektepileptische Anfälle 200.
H. Bauer. Oberflächenspannungsverhältnisse in der Milch 74.
J. Bauer. Kuhmilchkasein in Säuglingsstühlen 74 — Milchantianaphylaxie 739.
J. Bauer und **St. Engel.** Differenzierung der Milcheiweißkörper 74.
J. Bauer und **M. Sassenhagen.** Frischmilchendsein der Kühe 74.
A. Bauereisen. Biologische Differenzierung der Milcheiweißkörper 236 — Differenzierung der Milcheiweißkörper 74 — Tentoriumrisse 178.
F. Baum. Primäre Ohrspeicheldrüseneiterung 588.
L. Baumel. Gesichtslupus beim Säugling 245, 562 — Grüne Diarrhöe 236 — Lungentuberkulose mit Hämophyse in der Pubertät 245 — Lupus des Gesichtes 723, 753, 774.

E. Baumgarten. Infiltrationen nach akuten Infektionen 562 — Kinderkrankheiten und ihre Behandlung 709 — Sehstörungen bei Affektionen der Nase 279.
G. V. J. Baus. Korsettbehandlung 588.
Bayerthal. Kopfgröße und Intelligenz 811.
Beash. Physikalische Untersuchung der Schulkinder 550.
Henry Beates und **B. A. Thomas.** Tetanus 753.
Beatty. Rektale Anwendung der Salizylate bei Influenza 753.
Beaudoin. Unterernährung 236, 745.
Beaunay, P. Delbet und **Herrenschmidt.** Chloroformnarkose und Nebennierenkapseln 589.
J. Bebègne. Zähne bei der Geburt 231.
Carl Beck. Beteiligung der Schleimhaut des Urogenitalapparates am Symptomenkomplex der exsudativen Diathese **468** — Ernährung magendarmkranker Säuglinge mit Eiweißmilch 19.
E. Beck. Konservative Behandlung kalter Abszesse 453.
E. C. Beck. Raynaudsche Krankheit 753.
F. W. Beck. Weltübel des Todes und der Geburt 710.
Joseph Beck. Tonsillektomie 280.
Oskar Beck. Hochgradige Schwerhörigkeit bei Erbsyphilis 292 — Schwindel und Gleichgewichtsstörungen bei florider Syphilis 292.
S. C. Beck. Lokale Immunisierung der Haut nach v. Wassermann 723.
Beck. Chronische tuberkulöse Meningitis 434 — Ernährung mit Eiweißmilch 67 — Rumpel-Leedesches Scharlachphänomen 67 — Stridor congenitus 64 —
Becker. Behandlung der syphilitischen Augenerkrankungen mit Salvarsan 1.
H. Becker. Geschichte der akuten chronischen epidemischen Kinderlähmung 562.
O. H. Becker. Kongenitale Duodenumatresie 588.
Becker. Methode nach Toulouse-Richet bei Epilepsie 800.
Bedford. Heilserum und Intubation bei Diphtherie 562.
A. Bednarski. Conjunctivitis phlyctaenulosa 855 — Ursachen der Blindheit 245.
C. Beger, A. Morgen und **F. Westhauser.** Futterwert des frischen Grases 80 — Verwertung des Ammoniumazetats und des Asparagins 80.
R. Behla. Säuglingssterblichkeit in Preußen 274.
A. Behre. Ergebnisse von Stallproben 745.
Ch. Behrend. Pirquetsche Kutanreaktion 445.
Behrend. Wert der Pirquetschen Kutanreaktion 562.
F. Beinaschewitsch. Wirkung narkotischer Medikamente 562.
Beintker. Säureagglutination des Typhus 682.
H. Beltzke. Erweichungsherde im Großhirn eines kongenital syphilitischen Säuglings 562.
Alexander Béla. Syphilis der fötalen Wirbelsäule 40.
Beling. Poliomyelitis anterior acuta 10.
J. F. Bell. Pädiatrischer Dienst in allgemeinen Spitälern 596.
Bell und **Le Wald.** Chronische Kolitis 745.
E. Bénazet. Syphilis hereditaria tarda der langen Röhrenknochen 245.
R. Benard. Scharlachleber 562.
Bendix. Apparate zur Rektalinstillation 53 — Barlowsche Krankheit 53, 661.
B. Bendix. Symptomatologie und Ätiologie der Barlowschen Krankheit 552.
B. Bendix und **J. Bergman.** Kochsalzfieber **387.**
Fr. G. Benedict und **A. G. Emery.** Verbrennungswärme des Milchzuckerhydrats 76.
Benedict und **Talbot.** Säuglingsstoffwechsel 746.
Benedictis, Coseo und **Rosa.** Kutane Rindertuberkulose 830.
Bénesi. Diphtherie des Mittelohres 687, 833.
Arnold Benfey. Eosinophilie und exsudative Diathese **421** — Ernährung Neugeborener mit Eiweißmilch 19.
A. Benfey und **L. Langstein.** Einwirkung des Hungers 556.
E. Benjamin. Schwerverdaulichkeit des Kuhmilchkaseins 388.

E. Benjamin und **H. Drey.** Stickstoffansatz und Wachstum 394.
Benecke. Bluttransfusion bei perniziöser Anämie 182.
H. Benneeke. Leukozytose bei Tetanus 562.
C. Benoit. Luxationen und Subluxationen des Hüftgelenkes 262 — Massage und Gymnastik bei Skoliose 262.
R. A. Benson. Säuglingsernährung 236.
Walter Benthin. Intrakranielle Blutungen infolge Tentoriumzerreißung 774.
H. Berberich. Kutane Tuberkulinimpfung 753.
F. M. Berberich, A. Burr und **A. Berg.** Kolostralmilch 746.
N. Berdichewsky. Anaphylaxie u. Tuberkulin 562.
N. Berend. Ursachen der Säuglingssterblichkeit in Ungarn 596.
Berg. Klinik des Scharlachs 632.
Georg Berg. Zystinstein 774.
A. Berg, F. M. Berberich und **A. Burr.** Kolostralmilch 746.
D. Bergel. Lymphozyten und Fettspaltung 441.
J. Bergmann und **B. Bendix.** Kochsalzfieber **387.**
Bergmann-Rosoff. Diathesische Hautreaktion beim Säugling 562 — Hautreaktion bei Diathese 231.
Olga v. Bergmann-Rosoff. Kutane diathetische Reaktion 753.
Rudolf Bergmeister. Beiderseitiger kongenitaler Katarakt 774.
F. Berka. Menschliches Kolostrum 74, 552.
Oswald Berkhan. Talentierte Schwachsinnige 742, 807.
Rosa Berkowitz. Rheumatismus nodosus 834.
M. Berliner. Intramuskuläre Menthol-Eukalyptolinjektion 453.
Berlioz. Tuberkulose in der Schule 245.
L. Bernard. Bekämpfung der Nierentuberkulose 453.
L. Bernard und **Maury.** Poliomyelitisepidemie 562.
Bernhard. Diphtheriebekämpfung in Schulen 742.
G. Bernhardt. Scharlachätiologie 35, 353.
Bertram M. Bernheim. Kanüle für dringliche Fälle 753.
Bernheim. Pathogenese der Chlorose 842.
A. Bernstein. Herstellung von Kindermilch 75.
A. und A. Bernstein. Salvarsan in der Milch 75.
Berny. Subluxation des Knies 262.
Roberto Berro. Megacolon congenitum 588 — Syphilis hereditaria tarda 562.
Jane L. Berry und **Louisa P. Blackburn.** Toxinbildung bei verschiedenen Diphtheriekulturen 562. 834.
Edmond Berthélemy und **Dubousquet-Laborderie.** Prophylaxe der Infektionskrankheiten durch animale Vakzine 757.
Franz Bertling. Urethans in der Kinderheilkunde 16.
G. Bertrand. Einfluß des bulgarischen Fermentes auf Eiweiß 75 — Einfluß des bulgarischen Fermentes auf Säuren 75.
Bertrand, E. Jeanselme und **A. Vernes.** Behandlung der Syphilis durch Milch salvarsanisierter Ziegen 761 — Milch von salvarsanisierten Ziegen bei Syphilis 239.
M. Besbokowa. Skrofulose und Tuberkulose 429.
A. Besredka. Antianaphylaxie 75.
G. Bessau. Experimentell-klinische Tuberkulinstudien 406.
Bessau und **R. Pfeiffer.** Serumtherapie des Typhus abdominalis 683.
R. Betke. Tuberkelbazillen in der Lymphe des Ductus thoracicus 435.
A. Betta. Bedeutung der Wägung 552.
Beyer. Isolierte subkutane Ruptur der Trachea 325.
Bialik. Tortikollis als Komplikation nach Adenotomie 279.
Bibergeil. Ätiologie des Hohlfußes 542 — Doppelseitiger angeborener Schulterblatthochstand 319.
Bibergeil und **Blank.** Nervenstörungen und Halsrippe 542.
A. Bickel. Milchsterilisierung und Milchkühlung 75.
Bickel und **Roeder.** Milchkühlung und Säuglingsschutz 75.
A. Biedl und **R. Königstein.** Brustdrüsenhormon der Graviditat 75.
Bidot, Sevestre und **Nobécourt.** Harnstoffgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit 609.
M. Biehler. Koplikssche Flecke 856

M. de Biehler. Infantilismus 220 — Nahrung bei Scharlach 830.
Mathilde de Biehler. Poliomyelitisepidemie in Polen 1911 503.
M. Biehler und **B. K. Daszkiewicz.** Nasendiphtherie bei Kindern 853.
M. de Biehler und **B. Korybut-Daskiewicz.** Nasale Diphtherie 562.
Bielefeld. Schutz der Kinder gegen Tuberkulose 449.
Bielsdrowsky. Angeborene und erworbene Blickfelderweiterung 1.
Gertrud Bien. Trichterbrust 177.
Bierhoff. Rituelle Beschneidung 691.
Biermann. Syphilitische Erkrankungen des arteriellen Gefäßsystems 42.
A. Biermanns. Operative Behandlung der Hirschsprungschen Krankheit 588.
Bierotte und **Rothe.** Typus des Tuberkelbazillus Lupus vulgaris 675.
Bierring. Akute Poliomyelitis in Iowa 521.
van Biervliet. Kopfmessung in der Schule 811.
Biesalski. Neuere Stütz- und Lagerungsapparate 57.
Bilderback. Darmerkrankungen der Säuglinge 236.
Billeter. Blutergelenke 562.
Billington. Angeborener Klumpfuß 262.
Pietro Binda. Myatonia congenita 562.
H. Bing. Bronchialdrüsenschwellung 445.
Bing. Kopliksche Flecken und Masern 245.
Adolf Bingel. Schleichende Diphtherievergiftung 245, 754.
Binswanger. Pathogenese und Therapie der Epilepsie und Hysterie 562 — Psychopathische Konstitution und Erziehung 562.
M. Björkstén. Serumbehandlung des Scharlachs 754, 830.
Bircher. Humerus varus cretinosus 788 — Neandermerkmal bei Kretinen 371.
Birch-Hirschfeld. Tuberkulose der Orbita 435.
W. Birk. Bedeutung des Kolostrums 75 — Chronische rezidivierende Pyelitis 670 — Stoffwechsel des Neugeborenen 75.
Birkenthals. Beziehungen der Zahnkrankheiten zu Syphilis hereditaria, Rachitis und Tuberkulosa 416.
E. Bitot und **P. Moriac.** Spasmogene Diphtherie 754.
Bittorf. Wasser- und Kochsalzstoffwechsel 735.
E. Bizzozero. Urticaria pigmentosa 562.
Louisa P. Blackburn und **Jane L. Berry.** Toxinbildung bei verschiedenen Diphtheriekulturen 562, 834.
Blackfan. Wassermann-Probe 754.
R. Blacque. Meningitis cerebrospinalis durch Pfeiffersche Bazillen 245.
F. Blanc. Latenz der Pleuritis 245 — Pleuritis 562.
H. Blanchon. Bizarres Fieber 245.
Blank und **Bibergeil.** Nervenstörungen und Halsrippen 542.
Blechmann. Aviragnet und **Huber.** Embolisches Gangrän nach maligner diphtherischer Angina 371 — Embolisches Gangrän einer Extremität im Anschluß an maligne Rachendiphtherie 753 — Angina diphtherna maligna 313.
Blegvad. Tonsillektomie 282 — Mittelohrtuberkulose 293.
R. W. Bliss. Nebenschilddrüsen und Tetanie 562.
Bruno Bloch. Trichophytien und verwandte Pilzerkrankungen der Haut 723.
Blochmann. Diagnose der larveren Diphtherie 344 — Larvierte Diphtherie im jüngeren Kindesalter 279.
L. Bloch-Michel, C. Aviragnet und **H. Dorlencourt.** Trockenmilch in der Säuglingsernährung 161.
Blockmann. Larvierte Diphtherie 245.
M. Blondel. Behandlung des Klumpfußes 262.
Blos. Operative Heufieberbehandlung 281.
Wl. Blosen. Worttaubheit 562.
Kurt Blühdorn. Diphtherie 633, 687 — Einfluß der Reaktion auf Kalk und Phosphorsäure im Dickdarm 68 — Meningitis serosa 837 — Spezifizität der Plaut-Vincentschen Anginaerreger 33.
L. Blum. Gefahr intravenöser Alkaliinjektion 236.
S. Blum. Influenza 562.

Blum. Kinder tuberkulöser Eltern 628.
Blumenau. Antidiphtherische Immunisierung 344 — Phlegmonöse Diphtherie 344.
Blumenfeld. Adenotomie 201.
H. Boas und **O. Thomsen.** Wassermannsche Reaktion bei angeborener Syphilis 725.
Bobertag. Intelligenzprüfungen nach Binet und Simon 807.
A. Bock. Angeborener Herzfehler 562.
Ph. Bockenheimer. Zystischer Tumor bei Hufeisenniere 262.
Bockhorn. Atmungsgymnastik 547.
A. Bode. Beziehungen zwischen Milchfett, Nahrungsfett und Körperfett 552.
A. Bode und **St. Engel.** Kolostralfett 76.
W. H. Bodenstab. Akute lymphatische Leukämie 563, 754.
Th. Bodenstein. Struma congenita 563.
M. L. Bodkin. Anus und Rectum 262.
Bogert. Harnuntersuchung bei Säuglingen 236.
Franck van der Bogert. Kongenitale Stenose des Ileums syphilitischen Ursprungs 588.
Van der Bogert. Racheninfektion mit Drüsenschwellung 563.
T. R. Boggs. Perkutorisches Verhalten der Thymus 245.
Boguszewska-Janicka. Histologie der Nasenschleimhaut bei Embryonen 547.
Böhm. Mechanische Deformitäten 318.
W. Boehme. Verruköser Lupus der Hände 453.
Boidard und **Olivier.** Hypothermie bei Epilepsie 800.
Andreas Boje. Kinderfürsorge in Dänemark 784.
A. du Bois. Behandlung der kongenitalen Inguinalhernie 588 — Sammeln der Säuglingsexkrete 22.
Boise. Fieber bei Neugeborenen 547, 746.
Boissard. Vaccination beim Neugeborenen 231, 547, 739.
v. Bokay. Epidemie von Heine-Medinscher Krankheit in Ungarn 1911 501 — Infantile Lithiasis in Ungarn 525 — Serumkrankheit 345.
G. Boekstegers. Stickstoffverteilung im Urin bei Milchernährung 75, 552.
Boldt. Amyotrophische Lateralsklerose 245, 563.
A. Bolle. Lezithingehalt des Knochenmarkes 548.
C. Bolle. Tuberkulinprüfung der Kindermilchkühe 449.
F. Bonazzola. Transitorische spinale Paralyse 245.
Paul Boncour. Pavor nocturnus 754.
L. Bondy. Pylorospasmus 853 — Varizellenepidemie 853.
Bongioannini und **V. Brun.** Leber bei chirurgischer Tuberkulose 435.
A. Bonnafoux. Choreatische Syndrome 563.
E. Bonnaire. Consultations de Nourrissons 784.
Bonnaire. Genu recurvatum beim Neugeborenen 588 — Hämophilie beim Neugeborenen 245, 754.
H. E. M. Bonnaire. Infektionskrankheiten 563.
Bonnaire. Lebensfähigkeit der Neugeborenen 746.
Bonnaire und **Durante.** Entwicklungshemmung des Schädels 754 — Mikromelie 774.
Bonnaire und **de Kervily.** Mißbildung der eingeklemmten Hernie 262.
Bonnamour und **Imbeut.** Diuretische Wirkung des Chlorkalziums 552.
R. Bonneau. Appendicitis gangraenosa 262.
Bonnet-Laborderie. Fötale intrauterine Melaena 746.
A. Bonnet-Laborderie. Hämorrhagie des Mundes 754.
E. Bonniot und **G. Variot.** Fazialislähmung 585, 638 — Hemispasmus der Unterlippe und Littlesche Krankheit 186.
F. Bönning. Symptomatologie und Therapie der kongenitalen Pylorusstenose 552.
Bontemps. Auflösungsversuche von Tuberkelbazillen in Neurin 828.
W. Bookewitsch. Scharlach und Erysipel 563.
A. Bookman. Stoffwechsel bei idiopathischer Osteopsathyrosie 552.
Boon und **Délégarde.** Gefahren der Opiumderivate 565.
Boot. Tonsillektomie 774.

L. Borchard. Blutbild bei Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion 754 — Zerebrale Kinderlähmung und Intelligenz 563. 754.
F. Bordas. Milch 75.
Bordas und **Touplain.** Acidität der Milch 75 — Milch 75.
J. Bordet. Pertussiserreger 754.
Borini. Oxyuris vermicularis 245.
C. Borkel und **G. Fendler.** Alkoholprobe und Säuregrad der Milch 76.
W. Bormann. Frühreife der Haustiere 563.
A. Bornstein. Atmung der Geistes- und Nervenkranken 800.
K. Bornstein. Stoffwechselversuche mit Albulaktin 75.
Adele Bornstein und **Arthur Bornstein.** Salvarsan in der Milch 42.
Arthur Bornstein und **Adele Bornstein.** Salvarsan in der Milch 42.
J. Borntraeger. Geburtenrückgang in Deutschland 859.
Boroughton-Alcock. Vakzination mit Typhusbazillen 683.
Bortz. Angina mit Leberschwellung 33.
Bernhard Boesensell. Erschwertes Décanulement und Diphtheriezidiv 754.
F. Boschau. Erregbarkeit des sympathischen Systems 548.
R. Botey. Chronische Antromastoiditis 262 — Münzen als Fremdkörper im Ösophagus 262.
C. Bottelli. Pemphigus vegetans 245.
Bouché. Meningokokken-Meningitis 563.
P. Bouin und **P. Ancel.** Corpus luteum 74.
Pierre Boulan. Geschichte der Säuglingsernährung 552.
H. Bouquet. Diagnose der Barlowschen Krankheit 236.
Yves Bourchi. Eingeklemmte Inguinalhernie 774.
F. Bourdier. Primäre Meningitis 754.
H. Bourgeois. Falscher Krupp 245.
Pierre Bourlon. Zerebraler Rheumatismus 754.
Bourret und **Fabre.** Salvarsanbehandlung der hereditären Syphilis 757.
H. Bowditch. Infektiöse Diarrhöe 552.
J. D. Bowen. Kontagiöse Hautkrankheiten 233.
Evan Owen Bowen. Pyonephrose 588.
F. Boymann. Einbruch miliarer Tuberkel in die Lymphgefäße 435.
F. Bra. Melaena neonatorum 552.
Brabbée und **Reichenbach.** Heizung und Lüftung von Schulen 744.
F. Brachi und **W. Carr.** Barlowsche Krankheit 236 — Infantiler Skorbut 746.
J. Bradshaw. Tuberkulöse Peritonitis 453.
Brady. Eiweißmilch 237, 552 — Polykohlehydrate in der Säuglingsernährung 658 — Säuglingsernährung 746.
Jules M. Brady. Malzsuppe bei Ernährungsstörungen 302, 746.
Braillon. Fieber bei Tuberkulose 435.
Edwin Bramwell und **D. W. Carrie.** Lokale Epidemie von akuter Poliomyelitis 565, 756.
A. Branca und **Michel de Kervily.** Hodenektopie 778.
Brand. Reflexreizung des Vaguszentrums 639.
F. Brandenburg. Hernia epigastrica 532.
Fritz Brandenberg. Postoperatives Längenwachstum osteotomierter rachitischer Knochen 774.
Brandenstein. Dysbasia arteriosclerotica und Plattfuß 754.
Max Brandes. Embolie nach Injektion von Wismutsalbe 844.
Brandes. Madelungsche Deformität des Handgelenkes 320.
R. Bräuler. Gerinnung der Milch 552.
Isidor Braun. Akute Nekrose des Warzenfortsatzes bei akuter Otitis 292.
Braun und **Husler.** Untersuchung der Lumbalpunktate 624.
Brau-Tapie. Kongenitale Varicen 774.
Bratz. Erziehung gegen ererbte Anlagen 550.
R. S. Bread, J. Reed und **Stedger.** Körperzellen in Kuhmilch 75.
Robert S. Breed. Wirkung der Zentrifuge und des Separators 746.
L. E. Bregmann. Sehnenreflexe bei Chorea minor 563.
M. I. Breitmann. Emulsionen bei Magendarmerkrankungen 214.
B. Breitner. Kropf 188.
Brelet. Arsenbehandlung 231.

M. Brelet. Typhus beim Säugling 245, 563.
P. Breuer. Anatomie und chirurgische Behandlung der Nabelschnurbrüche 588.
Otto Brian. Ätiologie des Erythema nodosum 245, 754.
Briand. Epilepsie 800.
Mc. Bride. Städtische Kinderfürsorge 784.
Brieger. Heilbarkeit der otogenen Meningitis 293.
A. Brindeau. Nabelinfektion 262.
Briquet. Akromegalie 754.
Chas. F. Briscoe und **W. J. Mc Neal.** Tuberkulose bei Tieren 75.
Et. Brissaud, F. Widal und **P. Abramie.** Autoanaphylaxie 741.
E. Brize. Chorea 563.
J. F. H. Broadbent. Masern 246.
W. Broadbent. Tuberkulose beim Kind 453.
R. Broc. Darminvagination 263.
A. Broca. Barlowsche Krankheit 237. — Chronische Appendicitis 263 — Echonokokkus der Leber 263 — Hysterische Koxitis 263 — Infantiler Skorbut 746 — Kongenitale Hüftgelenksluxation 263 — Orthopädische und chirurgische Behandlung der Littleschen Krankheit 588 — Trepanation bei Hirntumor 263, 847. — Tuberkulöse Osteoarthritis 435.
Brockway. Ärztliche Schulaufsicht 233, 550.
P. Brodin und **P. Menetrier.** Paramenningokokkenmeningitis 764.
Brodin, Widal, Lavaditi und **Leoneano.** Tödliche Poliomyelitis 575, 773.
W. Brodmann. Behandlung der Spina bifida 263, 563.
Bron. Revariolisation 841.
A. Bronne. Verletzungen des Fötus 588.
F. Bronstein. Taubstummenuntersuchungen 563.
Brooks. Kontrolle der Masern 246.
J. Z. Brown. Hypertrophie der Brustdrüsen beim Neugeborenen 246.
Brown. Kongenitale Syphilis 754 — Neurotische Unterlage des jugendlichen Verbrechertums 274.
Brown und **Smith.** Wirkung von Mischungen von Diphtherietoxin und Diphtherieantitoxin 344.
Browne. Heilserum bei Diphtherie 754.
A. N. Bruce und **J. Ritchie.** Nebennieren bei Diphtherie 258.
A. Bruch. Die schönen Babies 739 — Hämoglobinurie bei Malaria 754. — Mongolenfleck 640, 774 — Myxödem 246, 563.
A. Bruch und **A. Canor.** Blastomykose 565.
W. Brückner. Anatomische Untersuchung bei Sirenenbildung 588.
Brückner. Eselinmilch in der Diätetik 75 — Hereditär-syphilitische Erkrankungen des Auges 1 — Typhusepidemie 337 — Typhusverbreitung 634.
Brückner und **Clemenz.** Idiotie und Syphilis 818.
Brückner, Gaethgens und **Hans Vogt.** Bakteriologie der Respirationserkrankungen 843.
J. Brudzinski. Kontralateraler Reflex und Nackenphänomen 185.
G. Brügger. Teratom am Rücken 588.
Th. Brugsch und **N. Masuda.** Verhalten des Dünndarmsaftes gegenüber Kasein usw. 75.
C. Bruhns. Atypische Ichthyosisfälle 723.
J. de Bruin. Icterus haemolyticus 754 — Mikromelie und Rachitis 754 — Mikromelie, Rachitis und Tumor abdominis 263.
V. Brun. Radikalbehandlung der Nabelhernie 850.
Vittorio Brun. Spindelzellensarkom des Dünndarms 774.
V. Brun und **Bongioannini.** Leber bei chirurgischer Tuberkulose 435.
Brüning. Ausstellungen für Säuglingsfürsorge 51.
H. Brüning. Cineol als Antiascaridiacum 563.
Hermann Brüning. Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin 604.
H. Brüning. Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde 70.
Raoul Brunon. Chronische Appendizitis oder Tuberkulose 588, 774.
L. Bruyant. Hautreaktion bei Infektionskrankheiten 563.
Bruynoghi. Züchtung von Meningokokken 351.
Bryan. Spezifisches Antistreptokokkenserum 314.

Max Bub. Bakteritide Eigenschaften der Kolostralmilch 552.
Buchbinder. Epileptische Krampfanfälle 800.
Buecheler. Lebensaussichten jüngster Früchte 231. — Riesenkinder 784.
E. Buchmann. Fötale Lungenatelektase und fötale Bronchiektase 263.
G. Buchner. Angewandte Ionenlehre 739.
Büchting. Bekämpfung der Tuberkulose auf dem Lande 449.
F. Buchwald. Fettberechnung in der Milch 75.
J. v. Bucsanyi. Chronische Verstopfung 237.
Buddy. Lungentuberkulose mit Höhlenbildung 563.
Buffet-Delmas. Mentale Anorexie 754 — Nervöse Anorexie 638 — Psychische Anorexie 370 — Scharlach bei Mutter und Säugling 75.
Bugs. Kasuistik der Hirschsprungschen Krankheit 588.
W. Bulach. Säuglingssterblichkeit in der Tübinger Poliklinik 274.
Kenneth Bulkley und **L. Russel Cecil.** Oxyuris vermicularis und Trichocephalus bei Wurmfortsatzläsionen 326.
S. Bull. Milch 75.
Bullard. Milde Formen der Poliomyelitis 521 — Mongolenidiotie 788.
J. L. Bunch. Hauteruptionen 754 — Hereditäre Syphilis 754.
Bunts. Hypertrophische Pylorusstenose 164.
Burack. Komplikationen nach Adeno- und Tonsillotomien 279.
Burak. Paraffinplastik 279.
Georg Burckhard. Geschichte des Hebammenwesens 862.
J. Burfield und **A. J. Cleveland.** Eitrige Gelenkentzündung 563.
M. Bürger. Herzfleischveränderungen bei Diphtherie 563.
L. Burgestein. Schulhygiene 233, 648.
H. M. de Burlet. Äußere Formverhältnisse der Leber beim Embryo 548.
Burman. Sekundäre Parotitis 246.
Mme. Burmann-Oberg und **P. Desfosses.** Atmungsgymnastik 248.
E. Burnet, E. Metchnikoff und **L. Torassevitch.** Epidemiologie der Tuberkulose 429.
Burnett und **Farnell.** Läsion des rechten Gehirnschenkels 758.
Burnier. Tumor der Hypophyse mit Ausbildungshemmung des Skeletts 588.
Burnier und **Sainton.** Lichen planus 258.
Burr. Kongenitale Aphasie 563.
A. Burr. Trockenmilchpräparate 75.
Ch. W. Burr. Kongenitale Aphasie 755.
A. Burr, F. M. Berberich und **A. Berg.** Kolostralmilch 746.
Rob. Burri und **J. Kürsteiner.** Reduzierende Eigenschaften der Kuhmilch 746.
Cr. Burrows. Herzlähmung und Hemiplegie bei Diphtherie 563.
Burrows. Nasendiphtherie 246.
H. Burrows. Sklerose 246.
Burton und **Rendall.** Bettisolierung bei Infektionskrankheiten 624.
A. H. G. Burton und **C. Rundle.** Bettisolierung bei infektiösen Erkrankungen 769.
Burty. Appendix in einer Inguinalhernie 263.
Busch. Schularzt 742.
A. Buschke. Alopecia congenita 246, 563.
N. Busse. Säuglingssterblichkeit in Pommern 597.
Butler. Gehirnfälle 263.
G. Büttner. Kindererholungsheim in Neckar-Steinach 233.
Büttner. Kopfumfang und Intelligenz 811.
Buxton. Chirurgische Erkrankungen 263.
L. R. de Buys. Salvarsanbehandlung 246.
M. van Buysse und **H. Rulot.** Schulärzte 744.
E. Farquhar Buzzard. Akute Poliomyelitis 755.
Z. Bychowski. Heredofamiliäre Splenomegalie 563.
Leo Byczkwroski. Endocarditis lenta 755.

J. Cabanis. Diagnose und Behandlung der zervikalen Drüsenerkrankung 588.
Cabot. Krankheiten unter Schulkindern 604.
M. v. Cackovic. Ulcus ventriculi 588.
E. Cadenaule. Ammenernährung 237.
M. Cadre. Wachstum 552.

Caillaud. Augeninspektion in Pariser Schulen 233.
F. Cailliau und **G. Variot.** Vakuolisation der Muskelfasern des Herzens bei Atrophie und Hypertrophie 772.
H. Cailloux. Buttergehalt der Kuhmilch 237.
R. P. van Calcar. Tuberkulose und Immunität 427.
U. Calcaterra. Serotherapie und postdiphtherische Lähmungen 563.
Eva Mc Call. Kongenitale Aphasie 246.
Callison. Vakzinebehandlung bei Typhus 246.
Callison und **Phalen.** Vakzinebehandlung bei Typhus 257.
Calmette. Epidemiologie der Tuberkulose in den französischen Kolonien 825.
Calmette, Grysez und **Letulle.** Bazilläre Infektion und Tuberkulose 564.
Calot. Orthopädie 263 — Tuberkulose 453.
M. Calvary. Nährwert des Milchzuckers 658.
Calvary. Spezifität der Antianaphylaxie 345.
Jacques Calvé und **L. Lamy.** Skoliose 774.
Hector Charles Cameron. Pneumokokkenperitonitis 755.
Camon und **Rosanoff.** Vererbung von Geisteskrankheiten im Lichte der Mendelschen Theorien 818.
Campan und **Ginestous.** Kongenitaler Katarakt und Hydrozephalus 250.
Campbell. Graham. Bazilläre Dysenterie 682 — Behandlung der Appendizitis 588 — Behandlung der Ellbogenfrakturen 588 — Behandlung der Inguinalhernie 263 — Katarrhalischer Ikterus in epidemischer Form 246 — Kinderernährung 552.
Camus. Passive Immunisation gegen Pocken 688.
Canaguier. Akute Peritonitis 588.
Canaguier und **Hamel.** Akute Peritonitis 190.
van Caneghem. Bericht der Deutschen Otologischen Gesellschaft 293.
Corrado Canestro. Entzündung der Highmorshöhle 263, 775.
S. Cannata. Purpura haemorrhagica 28.
S. Cannata und **N. Mitra.** Einfluß einiger Milchfermente auf Mikroorganismen 75.
A. Canor und **A. Bruch.** Blastomycose 565.
J. Cantacuzène. Tracheobronchialdrüsen bei Scharlach 263 — Zelleinschlüsse und Scharlach 246.
M. Caplan. Einfluß sterilisierter Wäsche auf die Hautkomplikationen bei Varizellen 246 — Hautkomplikationen bei Varizellen 564.
Capps. Meningitis cerebrospinalis 755.
J. A. Capps und **J. L. Miller.** Epidemie von Angina durch Milch verbreitet 765.
J. Caraco. Hereditäre Syphilis der zweiten Generation 246.
R. F. Caradec. Polypen der Choanen 588.
Caraway. Säuglingsernährung 746.
Cardamatis. Leishmaniose in Griechenland 755.
A. Cardarelli. Tumor des Mediastinums 263.
Carlanopel. Atrophie und Hypertrophie 746.
J. Carl. Albuminimeter 553.
Carles. Schilddrüseninsuffizient 564.
F. Carles. Tumoren der Haut und des Unterhautzellgewebes 775.
E. W. Carpenter. Intubation bei Diphtherie 246.
Th. M. Carpenter und **J. R. Murlin.** Energiestoffwechsel von Mutter und Kind 553.
J. W. Carr. Anorexia nervosa 246.
Carr. Freiluftleben für Städtekinder 274.
W. Carr und **F. Brachi.** Barlowsche Krankheit 236 — Infantiler Skorbut 746.
Carrieu, Leenhardt und **Maillet.** Komplikationen des Typhus 762.
Stuart Carruthers. Salzinfusion 237.
J. H. G. Carstens. Morphiumintoxikationen 755, 845.
R. Cartault. Brustdrüsenhypertrophie 564.
H. R. Carter, W. O. Pitt und **E. C. Pritchard.** Stillen 558.
Paul Carton. Ernährungsfehler 746.
G. Caryophyllis und **Sotiriades.** Salvarsanbehandlung bei Kala-Azar 246.
Casagrandi. Ätiologie der menschlichen Pocken 354.

E. Cassaet. Situs inversus 775.
Casse. Säuglingssterblichkeit in Belgien 274.
Cassel. Erziehung in den Spieljahren 418 — Infektionskrankheiten in geschlossenen Säuglingsanstalten 274 — Kongenitale Femurmißbildung 323 — Milch 75 — Peritonitis tuberculosa 435.
Hermann Cassel. Kongenitale Femurmißbildung 775.
J. B. S. M. Cassel. Milchfrage in Dieppe 274.
J. Cassel. Morbilli sine exanthemate 564.
A. Casses. Maligne Formen der Diphtherie 564.
C. Cassimatis. Doppelte kongenitale Dacryocystitis 263.
Cassin. Nourrices à demi lait 784.
E. Cassoute. Tödliche Spätlähmung bei Diphtherie 246, 564.
Castaigne. Nebennierentätigkeit bei akuten Infektionen 564.
Castex. Taubstumme Kinder 246.
J. Catanel. Hysterie und Epilepsie 564.
B. B. Cates. Spina bifida 263, 588.
E. P. Catheart und **N. D. Platon.** Milchzuckerproduktion in der Milchdrüse 80.
E. Cathoire. Komplementablenkung bei gesunden Diphtheriebazillenträgern 246 — Prophylaxe der Diphtherie 755.
C. Cattaneo. Echinokokkus der Leber 263 — Neurosen des Verdauungskanals 45, 564.
S. R. Cattin und **D. W. Day.** Diphtheriebazillenträger 564.
H. Caubet. Kongenitale Hüftgelenksluxation 263.
E. Cautley. Cerebrale athetotische Diplegie 246.
Edmund Cautley. Gastritis mucosa 755.
E. Cavard. Pronation douloureuse 263.
P. N. Cave. Pseudodiphtheriebazillus 564.
A. Cayrel und **A. Weill.** Meningealer Zustand im Beginn des Scharlachs 246.
G. Cazal. Keuchhustenbehandlung 246.
Cazal. Phenocoll bei Keuchhusten 755.
J. Celichowska. Ectopie und Luxationen der Linde 564.
Léon Cerf. Diphtherische Angina 564.
E. Cerisier. Hygienischer Unterricht in Schule und Kaserne 550.
J. Chabert. Oxydierendes Ferment und Cytologie 553.
L. Chalard. Epidemiologie der Meningitis cerebrospinalis epidemica 564.
A. Chalier. Behandlung der essentiellen Skoliose 263.
J. Chalier und **E. Weill.** Purpura 261.
Chalochet. Thymektomie 775.
Chambers und **Ruß.** Bakterizide Wirkung der Radiumemanation 655.
Chambrelent. Berliner Kongreß für Säuglingsschutz 274, 597 — Mortinatalität in Bordeaux 274, 784 — Mortinatalität in den französischen Großstädten 274 — Salvarsan beim Neugeborenen 755.
Chambrelent und **Chevrier.** Arsen in der Milch bei Salvarsaninjektion 75 — Salvarsaninjektion der Ziege 746.
Champy. Intestinale Absorption 553.
Chapman. Säuglingsernährung 553.
A. Chapuis. Knietuberkulose 564.
R. Charbonnel. Vulgovaginitis 564.
J. R. Charles. Myatonia congenita 564.
R. Charon und **P. Courbon.** Psychische Anomalien und somatische Erkrankungen 246.
Charrier. Fehlen der Vagina. 775.
Chartier. Epilepsie mit paroxystischer Bradykardie 800.
E. Charvin. Steinbildung in der Niere und im Ureter 588.
R. Chassin. Hämolyse durch Salze 553.
E. Chataing. Kongenitale Hüftgelenksluxation 263.
Chatanay. Barlowsche Krankheit 746.
C. Chatelin. Hypertrophische Pylorusstenose 237.
Chatelin. Thymushypertrophie 246 — Thymushypertrophie, Stimmritzenkrampf, Tetanie und Rachitis 755.
Chatin. Individuelle Isolierung in der Pflege des Säuglings 597.
Chatin und **Rendu.** Galactogener Einfluß subkutaner Milchinjektion 746 — Lokalisierte und konfluierende Varizellen 246.

M. Chaton. Hirschsprungsche Krankheit 263.
Chaton. Megacolon 775.
M. Chauffard. Cholelithiasis 775.
P. Chaussé und **L. Pissot.** Verkäsung bei Tuberkulose 435.
E. Chazrewin. Gelenkrheumatismus 564.
L. Cheinisse. Habituelles Erbrechen beim Säugling 237, 746.
G. Chemin. Addisonsche Krankheit 564.
Ch. Isobard de Chénerille. Eingeklemmte Inguinalhernie 591.
W. F. Cheney. Leukämie 247, 564.
J. Chevalier. Trockenmilch 746.
J. C. Chevrier. Kongenitale Wirbelanomalien 775.
Chevrier und **Chambrelent.** Arsen in der Milch bei Salvarsaninjektion 75 — Salvarsaninjektion der Ziege 746.
Chevron. Scarlatiniformer Ausschlag bei Varizellen 247.
E. Chiavellati. Spina bifida und Hydroencephalocele 264.
V. Chlumsky. Ätiologie der Skoliose 588, 775.
P. Christel. Einseitiger angeborener Buphthalmus haemorrhagicus 775.
Christie. Vakzinebehandlung bei eitriger Mittelohrentzündung 839.
E. F. Christin. Arsenikbehandlung und Höhenkur bei lymphatischen Nervösen 247.
K. Churchill. Wassermannsche Reaktion 624.
Citelli. Intubation und Tracheotomie bei akuten Larynxstenosen 280 — Laryngeale Hypophyse 280.
J. Citron. Immunodiagnostik und Immunotherapie 649.
C. Claeys. Abszeß durch Kongestion und Lumbalhernie 589 — Chirurgische Tuberkulose 429, 453.
Mc Clanahan. Akute Nephritis 179.
H. M. Mc Clanahan. Behandlung des Asthma 616, 755.
Mc. Clanahan. Poliomyelitis anterior acute 11.
Clark. Darmimplantation des Bacillus lactis bulgaricus 610.
L. P. Clark. Poliomyelitis mit Beteiligung der Hirnrinde 521, 755.
Clark und **Flexner.** Epidemische Poliomyelitis 11.
P. F. Clark, Simon Flexner und **A. R. Dochez.** Experimentelle Affenpoliomyelitis 758.
T. W. Clarke. Magenuntersuchung bei Ernährungsstörungen 237.
Clary. Masern 564.
E. Classen. Extension in Beugestellung bei der tuberkulösen Koxitis 588.
U. Claus. Einfluß der Unterernährung auf die Milchsekretion 75. — Einfluß verminderter Nährstoffmengen auf die Milchsekretion 553.
Clavigny. Neuritis nach Scharlach 564.
Clavué. Gebrannte Magnesia bei diffusen Papillomen 281.
Clemenz und **Brückner.** Idiotie und Syphilis 818.
Clemens und **Gould.** Eitrige Zerebrospinalmeningitis 350.
M. Clerc. Variola und Impfung in New York 247.
M. Cléret und **A. Lesage.** Craniotabes 762.
Clétiez. Restaurants gratuits für stillende Mütter und Mütterkantinen 274, 784.
A. J. Cleveland und **J. Burfield.** Eitrige Gelenkentzündung 563.
H. S. Clogg. Akute abdominale Erkrankungen 264.
Elie Clos. Psychische Störungen nach Meningitis cerebrospinalis 564, 755.
Closier. Schwere Diphtherie 775.
Cockayne. Intestinale Myiasis 365.
E. A. Cockayne. Zwillinge 564.
Cockrell. Scharlach 564.
Codet-Boisse. Blasensteine 264 — Pseudosarkom 775.
T. H. Coffen und **G. R. Pisek.** Polygraph 183, 549.
Cohn. Epidemisches Auftreten von seborrhoischen Ekzemen 755.
L. Cohn. Pirquetsche Hautreaktion 445.
Max Cohn. Schulterblatthochstand 775.
Moritz Cohn. Körperlänge der Kinder 742 — Schulbank 742 — Tabellenmaterial in den Breslauer Jahresberichten 742.
Paul Cohn und **Siegmund Ginsberg.** Pseudotumor der Iris 776.
T. Cohn. Elektrodiagnostik und Elektrotherapie 147.
T. Cohn und **A. Eulenburg.** Infantile progressive Muskeldystrophie 249.

Otto Cohnheim, G. Kreglinger und **O. H. Weber.** Physiologie des Wassers und des Kochsalzes 746.
P. Cohnheim. Lab und Pepsin 76.
J. Colgnat. Dentition 564 — Gastrointestinale Störungen durch unvollständiges Kauen 237.
Coit. Bescheinigte Milch 784 — Rohstoffe für die künstliche Säuglingsernährung 553.
Henry L. Coit. Schule in der Bekämpfung der Säuglings- und Kindersterblichkeit 742 — Staatliche pädiatrische Gesellschaft 231.
Colcord. Diphtherie und Schule 564.
L. G. Cole. Diagnose und Klassifikation der Lungentuberkulose 445.
C. Coleschi. Milch 76.
H. Collen. Temperatur und Puls bei Typhus 564.
Collet. Bakteriologische Untersuchungen bei Krupp 247.
Colley und **Egis.** Diphtherieepidemie 344.
A. Collin. Enuresis 247.
André Collin. Psycho-neuro-muskuläres Syndrom 755 — Resistenz gegen Ermüdung beim Kind 231 — Sogenannte essentielle Enuresis 565.
A. Collin. Untersuchungen über Ermüdbarkeit 550.
Collin und **Lesage.** Husten und Keuchhusten 346, 575.
Harold Collinson. Akute Appendizitis 264, 775.
R. C. Collisson. Bestimmung des Lezithins 553.
J. Colombet und **C. Lesieur.** Nachkrankheiten von Diphtherie 254.
L. Colombo. Ekzematöse Keratokonjunktivitis 1, 435.
Colomb, Barral und **Couton.** Serumbehandlung bei Parameningokokkensepsis 561.
C. Comba. Sklerem 237.
Combe. Mantouxsche Reaktion 565, 755.
J. Comby. Behandlung der Tonsillen und der Retropharyngealabszesse 848 — Bromausschlag 623, 666 — Chronische Invagination 228 — Hämorrhagische Pleuritis 218 — Hydrozephalus durch Hirntumor 849 — Lehrbuch der Kinderkrankheiten 414 — Lingua scrotalis 220 — Livedo 565, 723 — Meningeale Zustände 755 — Papulotuberkulöse Bromide 723 — Pleuritis haemorrhagica 619 — Pneumonie 218, 617 — Rachitis mit Deformation 364 — Retropharyngealabszeß 264 — Rumination beim Kind 735 — Skrotale Zunge 723 — Übertragung der Tuberkulose beim Kind 439.
Commandeur. Tödliche Hämorrhagie bei Neugeborenen 755.
Commiskey und **Schloß.** Hämophilie der Neugeborenen 612.
Julius H. Comroe. Makroglossie 565.
L. Concetti. Hypothyroidismus 76 — Myatonia congenita 515.
Condat. Barcat und **F. Balzer.** Miliäre symmetrische telangiectasische Naevi des Gesichtes 561.
Conradi und **Troch.** Nachweis der Diphtheriebazillen 834.
E. Conseil und **Ch. Nicolle.** Exanthematischer Typhus 578 — Experimentelle Masern 765.
P. M. Constantin. Technik der Gehörsuntersuchung 231.
G. Constantini und **L. Sivori.** Immunisierung auf gastrischem Wege bei Diphtherie 770.
P. Conti. Kahlersche Krankheit 565.
Cooke und **Howland.** Stoffwechselbett 22.
Mc Cool. Behandlung des Strabismus convergens 755.
R. Coombe. Kongenitale, hypertrophische Pylorusstenose 237.
T. H. Coppen und **G. R. Pisek.** Polygraph in der Herzdiagnose 257.
Cords. Juvenile Netzhautgefäßerkrankungen 1.
Cordier. Calotsche Methode 264 — Diarrhöe beim Frühgeborenen 237.
Ed. Cordier. Mentale Anorexie 755.
Cordier. Stillen 746 — Unterricht in Säuglingshygiene und -krankheiten 231.
Cormisky und **O. M. Schloß.** Hämorrhagische Erkrankung der Neugeborenen 750.
Edred M. Corner. Mesenterialdrüsentuberkulose 755.
Corner. Tuberkulose der Mesenterialdrüsen 316.
Corner und **Rausome.** Gangrän einer Extremität nach Diphtherie 345.

A. Cortesi und **E. Lévy.** Kala-azar in Tunis 254.
A. Cortesi, C. Nicolle und **E. Lévy.** Salvarsan bei Kala-azar 256.
Coseo, Rosa und **Benedictis.** Kutane Rindertuberkulose 830.
A. J. da Costa. Uneheliche Kinder in Amsterdam 784.
A. Costiniu. Adenoide Vegetation in den rumänischen Schulen 247, 280.
Cothier. Postdiphtherische Akkommodationslähmung 345.
A. C. Cotton. Störungen der Laktation 237.
P. L. Couchoud. Primäre Asthesie 565.
M. Coudray und **Ardin-Delteil.** Spondylitis bei Typhus 262, 561, 587.
Max Coudray und **Maurice Raynaud.** Spondylitis typhosa 768.
O. Couffou. Säuglingsfürsorge in Frankreich 597.
Coughlin. Belladonnavergiftung 247.
Councilman und **Dunn.** Myatonia congenita 45.
P. Courbon und **R. Charon.** Psychische Anomalien und somatische Erkrankungen 246.
Foveau de Courmelles. Elementarunterricht in Skandinavien 551 — Licht in therapeutischer und hygienischer Beziehung 548.
J. Courmont und **A. Rochaix.** Antiphysische Vakzination 247 — Immunisierung gegen Typhusinfektion 565.
D. Courtade. Enuresis 247.
Courtney. Kaseingerinnsel im Säuglingsstuhl 163.
Couton, Barral und **Coulomb.** Serumbehandlung bei Parameningokokkensepsis 561.
E. Couvreur. Labwirkung 76.
Cowan, Fleming und **Kennedy.** Herzblock bei Infektionskrankheiten 311.
W. P. Cowes. Schulinspektion 233.
O. Cozzolino. Akute Darminvagination beim Säugling 589 — Operation der adenoiden Wucherungen 589.
Olimpio Cozzolino. Plötzlicher Tod 755.
J. S. Mc Cracken. Pylorushypertrophie 553.
Crain. Ernährung im Säuglingsalter 553.
Cramer. Behandlung einiger Hautkrankheiten 667.
G. Cramer. Hemizellulosevergärung durch menschlichen Kot 553.
M. Cramer. Polydaktylie und Syndaktylie 589.
Cramer. Springende Mydriasis 2.
Cramouzand-Donnarieux. Schicksal der Frühgeborenen 746.
H. P. Cranfield. Milch 76.
Bosworth E. Mc Cready. Abnorme Kinder 471, 565.
Mc Cready. Defekte Kinder 247.
A. Creazzo. Subakute und chronische Enterocolitis mucosa 756.
Robert Crémieu. Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Thymus 739.
G. Crespi. Raynaudsche Krankheit 756.
Crespin. Leishmansche Anämie und chronische Malaria 488.
Carl Gustaf Creutz. Menstruation und Laktation 746.
T. Mc Crirk. Purpura fulminans im Gefolge von Scarlatina 565, 723, 756.
G. di Cristina. Anaemia perniciosa progressiva 565.
Giovanni di Cristina. Anaemia perniciosa progressiva 565 — Antistreptokokkenserum bei Erysipel beim Neugeborenen 264 — Enteritis dysenteriformis 237, 553.
R. Cristofoletti und **H. Thaler.** Beziehungen zwischen Tuberkulose und Schwangerschaft 756.
Cron. Heilpädagogische Technik und Wertarbeit 812.
Johan Cronquist. Behandlung der Kindertuberkulose mit Alttuberkulin 315.
F. G. Crookshank. Kardinale Störungen bei Diphtherie 565.
G. F. Croß. Poliomyelitis anterior acuta in South-West-Norfolk 565.
R. Cruchet. Kinderkrämpfe und Epilepsie 565 — Klinische Untersuchungen 247 — Littlesche Krankheit 247 — Tetanus und Tetanie 756.
Francis M. Mc Crudden. Intestinaler Infantilismus 160, 305 — Kreatinausscheidung bei Kretinismus 553.
F. H. Mc Crudden und **H. L. Fales.** Intestinaler Infantilismus 306.
L. Cruveilhier. Anaphylaxie 76 — Säuglingssterblichkeit auf dem

Lande 274 — Statistik der Säuglingssterblichkeit 274, 597.
M. Cudennec. Injektion von Meerwasser 553 — Meerwasser zur Injektion 247.
A. Culan. Hirschsprungsche Krankheit 589.
G. J. Cumberledge. Serum per os 247, 313.
Cumston. Differentialdiagnose von angeborener Syphilis und Knochen- respektive Gelenktuberkulose 247.
Cunéo, Heitz-Boyer und **Marion Hovelacque.** Blasenexstrophie 775.
R. C. M. Curet. Epidurale Injektionen von künstlichem Serum bei Enuresis nocturna 247.
R. Curet. Epidurale Seruminjektion bei essentieller Enuresis 565.
D. W. Currie und **E. Bramwell.** Epidemie von akuter Poliomyelitis 565, 756.
J. Curtillet und **Pierre Lombard.** Genu recurvatum 775 — Polyartikulärer tuberkulöser Rheumatismus 247 — Spondilitis bei Typhus 264 — Traumatische Hüftgelenksluxation 264.
B. Czaplicki. Eitrige Rippenfellentzündung 854.
Czarkowski und **Koßkowski.** Prophylaktische Scharlachvakzination 353 — Scharlachstreptokokkenvakzine zum Zwecke der Prophylaxe 852.
St. v. Czarnowski. Symptomatologie und Pathologie der tuberkulösen Meningitis 630.
Ad. Czerny. Anämie aus alimentären Ursachen 489 — Atrophie der Säuglinge 746 — Bedeutung der Inanition 160 — Desodorierung von Exkrementen 17 — Lebertrantherapie 301 — Pathologie der Muskulatur 202 — Säuglingsatrophie 305.
F. v. Czonka und **F. Edelstein.** Eisengehalt der Kuhmilch 217.

A. Dabarca. Fremdkörper in den Atmungswegen 589.
Dabenport und **Weeks.** Erblichkeit der Epilepsie 800.
Daire und **Dornic.** Milch 76.
G. Dalencour. Lymphangio-Adenoiditis 264.
Max Dalmer. Mittelohrbeteiligung bei gonorrhoischer Konjunktivitis 756.
W. van Dam. Bindung von Milchsäure durch Kasein 76.
Le Damany. Kongenitale Hüftgelenkluxation 775.
Dammasch. Differentialdiagnose 247.
L. J. Dandurant. Appendicitis gangraenosa 264.
Daniels. Pneumokokkensepsis 841.
Dann. Meningitis cerebrospinalis 351.
Dantin und **Rocher.** Krurale Hernie 781.
V. Danulesco und **L. Levaditi.** Durchwandern des poliomyelitischen Virus durch die Nasenschleimhaut 763.
Danulesco, K. Landsteiner und C. Levaditi. Experimenteller Scharlach 574.
Danulesco, Levaditi und **Landsteiner.** Infektionswege der Poliomyelitis acuta 574.
V. Danulesco und **C. Levaditi.** Poliomyelitisgift im Körper von gegen Kinderlähmung refraktären Tieren 762 — Übertragung der Poliomyelitis 762.
S. Danziger. Hämophilie 756.
P. Darbois. Mikrokokkus 76.
Mme Dareanne-Mouroux. Erythema scarlatiniforme oder leichter Scharlach 247.
Darlencourt und **Aviragnet.** Säuglingsfäzes 745.
Darling. Epidemie von septischer Angina zu Cambridge 34 — Vollmilch und fettarme Milch bei der Säuglingsernährung 237.
Darré. Diphtheriebehandlung 247.
H. Darré und **L. Martin.** Diphtheriezidiv nach Masern 255.
Darré und **Nobécourt.** Harnstoff des Liquor bei Nephritis 766 — Harnstoff der Zerebrospinalflüssigkeit bei Nephritis 578.
B. K. Daszkiewicz und **M. Biehler.** Nasendiphtherie bei Kindern 853.
H. Dauchez. Säuglingsernährung in Krippen 237, 746.
J. Daumas. Bromexanthem 247, 565.
L. Daure. Spasmogene Diphtherie 565.
Dauvergne und **E. Weill.** Zerebrales Trauma 273 — Schädeltrauma 596.
Davezac. Verhütung von Infektionskrankheiten in der Schule 233.

David. Adrenalin bei Totalausmeißlung der Mittelohrräume 293.
H. Davidsohn. Chemismus des Säuglingsmagens 76 — Pepsinverdauung im Säuglingsmagen 359.
A. Davidson. Geistig defekte Kinder 247.
Trevor Berwin Davies. Craniospinale Meningitis mit Hydrozephalus 565.
Davis. Chirurgische Behandlung der Poliomyelitis 10.
J. D. Davis. Plasmazellen in den Tonsillen 231.
W. H. Davis. Säuglingssterblichkeit und Brusternährung 597.
Davis. Übertragung von Streptokokken durch Milch 671 — Verhütbare Todesursachen 274 — Verhütung der Säuglingssterblichkeit durch Stillen 274.
D. J. Davis und **E. C. Rosenow.** Epidemie von Angina 756.
L. R. Dawe. Diphtherie 247.
Day. Poliomyelitis anterior acuta 10.
D. W. Day und **S. R. Cattin.** Diphtheriebazillenträger 564.
Dean. Pneumokokken-Endocarditis ulcerosa 619.
H. R. Dean. Ulcerative Endocarditis 756.
André Debègue. Zähne bei der Geburt 565.
R. Debré. Infantile Paralyse 248 — Prolongierte Zerebrospinal-Meningitis 248.
Debré, Paraf und **Triboulet.** Meningokokkenerkrankung mit Purpura 771.
Debré, Ribadeau-Dumas und **Triboulet.** Sklerem en plaques 526.
Decasonoff. Aphasie 565.
Decherd. Säuglingsernährung 747.
Degorce und **Monzels.** Hydroencephalocele 264.
A. Dehan. Fürsorge für Kinder in Lyon 274 — Oeuvre des enfants à la montagne in Lyon 597.
P. Déhillotte. Bewegliche Niere und orthostatische Albuminurie 264, 589.
Dejerine und **Long.** Chronische Poliomyelitis 756.
F. Delabrousse. Lungentuberkulose 565.
G. Delamare. Diphtherieepidemie 248.
J. Delannoy. Rachitis 565.
Delay. Behandlung der Knochentuberkulose 680.
P. Delbet, Herrenschmidt und **Beaunay.** Chloroformnarkose und Nebennierenkapseln 589.
A. Delcourt. Atypischer Keuchhusten 756 — Behandlung der Pneumonien durch Sauerstoffinhalationen 513 — Bordet-Gengousche Reaktion 346 — Bordet-Gengousche Reaktion bei atypischem Keuchhusten 565, 836 — Hygiene des Kindesalters 784 — Keuchhustendiagnose 836 — Kontagiosität der Rachitis 510.
Delearde. Abstillen 237.
Deléarde und **C. Fontan.** Polyarthritis deformans 264.
Déléarde und **Repellin.** Anasarka ohne Albuminurie 366, 621.
Délégarde und **Boon.** Gefahren der Opiumderivate 565.
Delfosse. Myeloide Leukämie 248, 565, 756.
Delherm und **Laquerrière.** Infantile Poliomyelitis 248.
Jean Delma. Lumbalpunktion 566.
P. Delmas. Kongenitale Lungentuberkulose 430.
J. Delmas. Lumbalpunktion beim Neugeborenen 548, 739.
Paul und **Jean Delmas.** Sauerstoff-Behandlung bei Scheintod 756.
Delore und **Martin.** Maligner Brustdrüsentumor 775.
L. Delperier. Freiluftschulen 449.
Ch. E. O. Delphanque. Säuglingsfürsorge in Lille 597.
Delrez. Seifeninjektion bei chirurgischer Tuberkulose 453.
Demelin und **A. Mouchet.** Kongenitale seröse Halszyste 264.
K. Demjanenko. Verhalten des Darmepithels 553.
G. Dencks. Chondrodystrophia foetalis 756.
Th. Deneke. Künstlicher Pneumothorax 589.
W. Denis und **Otto Folin.** Kreatinausscheidung 363, 554.
L. Dennemark und **Stephan Engel.** Übertragung des Kolostrums in die Milch 747.
Dennett. Behandlung der Durchfälle bei künstlicher Ernährung 237 — Diätfehler nach dem ersten Lebensjahr 659.
R. Dennett. Säuglingsernährung 237.

Denny, Veeder und **Kilduffe.** Bakteriologie der akuten Darmerkrankungen 659.
J. Denys. Säuglingshygiene in Rußland 231.
Derscheid-Delcourt. Knochenbrüchigkeit und kongenitale Hüftgelenkluxation 775.
Derscheid. Mediastinaldrüsentuberkulose 756.
Dervieux. Lebensfähigkeit der Neugeborenen 747.
E. Desbarrières. Milch der Touraine 76, 237.
Albert Deschamps. Astasie-abasie 756.
M. Deschamps. Depopulation in Frankreich 274, 597.
A. Descoeudres. Intelligenzprüfungen bei abnormen und zurückgebliebenen Kindern 248 — Prüfungen nach Binet und Simon 248.
M. F. Descubes. Dysenterische Enterocolitis 248.
Martial-Marie-Francis Descubes. Enterocolitis dysenteriformis 747.
M. Desculus. Eltero-Colitis dysenteriformis 553.
Hubert Deselaers. Situs viscerum inversus totalis 589, 775.
P. Desfosses. Frakturen 775 — Torticollis 264.
P. Desfosses und **Mme. Burmann-Oberg.** Atmungsgymnastik 248.
Deshayes. Puériculture 784 — Streptokokken Pyohämie 280.
P. Despèries. Bronchiektasie 566.
S. H. Dessau. Erbrechen 237.
Ad. Dessauer. Myelitis haemorrhagica bei Meningitis cerebrospinalis epidemica 248.
Dessessartz, Jean-Jaques Rousseau und **J. Merklen.** Säuglingspflege 232.
Detante. Epidemie von aphtösem Fieber 756.
G. R. Detré. Schicksal der Frühgeborenen 747.
Alfred Deutsch. Defektbildungen infolge amniotischer Verwachsungen 697.
Ernö Deutsch. Kinderheilkunde, Hygiene und Kinderschutz 512 — Säuglingsfürsorgestellen, Milchküchen in Budapest 597.
Deutsch. Tuberkulose und Stillen 449.
Felix Deutsch. Funktionelle Nierenprüfung mittels Phenolsulfonphthalein 654.
E. Devaux. Steilschrift und Schrägschrift 233, 566.
Devèze. Tödliche Jodvergiftung 248.
G. Devimeux. Atrophie und Hypertrophie durch überhitzte Milch und homogenisierte Milch 237 — Behandlung von Atrophie und Hypertrophie mit überhitzter und homogenisierter Milch 747.
F. M. R. Devouges. Kongenitale Skoliose 589.
W. Dibbelt. Pathogenese der Rachitis 29.
Dick. Dysenterie in Australien 338.
Dickey. Strabismus 566.
Hans Diefenbach. Familiärer Hermaphroditismus 775.
Diefendorf. Psychische Symptome bei akuter Chorea 566.
J. G. Del Diestro und **C. Juarros.** Hysterie 252.
Dieterlen und **Weber.** Im Auswurf Lungenkranker vorkommende Tuberkelbazillen 675.
A. Dietrich. Kongenitale Tuberkulose 315, 348 — Leitsätze für Diphtheriebekämpfung 34.
Eduard Dietrich und **Moritz Pistor.** Abnahme der Geburtenziffer in Preußen 785.
A. Dietz. Reflexe bei Nephritis und Urämie 566.
Dieulafé und **Audebert.** Komplizierte Hasenscharte 262.
Wilhelm Dill. Ectopia cordis pectoralis 775.
Dintenfaß. Nachweis von intern verabreichtem Urotropin 293.
A. Dingwall. Gastro-intestinale Hämorrhagie 553, 747.
Th. Dippold. Fortgangsnote und Turnnote 234.
M. Dirks. Beeinflussung der diabetischen Azidose 566.
Distaso. Darmfäulnis 610.
Eberhard W. Dittrich. Syphilis und abnorme Entwicklung 248, 471.
Kurt Walther Dix. Körperliche und geistige Entwicklung eines Kindes 742.
Dixon. Ärztliche Aufsicht der Schulkinder 742 — Pennsylvanische Arbeiten über Poliomyelitis 10.
Dixon und **Karsner.** Epidemiologische und ätiologische Arbeiten über akute Poliomyelitis 10.

Dmitrenko. Pneumokokkenvakzine bei Lungenentzündung 351.
E. Döbeli. Ätiologie und Pathologie des Keuchhustens 566, 835, 836 — Verwendung von Opiaten im Kindesalter **439.**
Doberer. Epilepsieoperationen 187.
A. R. Dochez, P. F. Clark und **Simon Flexner.** Experimentelle Affen-Poliomyelitis 758.
A. R. Dochez, Franzis W. Peabody und **George Draper.** Akute Poliomyelitis 766.
Dock und **Harris.** Schutzpockenimpfung in den Schulen zu St. Louis 234.
Dodge. Spontane Nabelblutung 237.
J. de Toledo Dodsworth. Myositis ossificans 584.
K. Dohi und **Sh. Dohi.** Klinik und Ätiologie der Impetigo contagiosa 723.
Döhle. Blutbefunde bei Scharlach 412 — Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 248, 353.
Dolch. Erziehung zur Arbeit 234.
M. Doell. Schularztfrage und die bayerischen Mittelschulen 234.
W. Dombrowski. Hefen in Milch 553.
Dominici. Veränderungen der Nabelschnur bei Syphilis 756.
Mac Donald. Ärztliche Aufsicht der Schulkinder 742.
H. Donath. Phytinum liquidum 231.
Doppels und **Arthur Knik.** Neuritis cochlearis bei rezenter Lues nach Salvarsan 292.
C. Dopter. Mißerfolg der antimeningokokkischen Serotherapie 248.
Doering. Meningokokken im Ohreiter 671.
W. A. N. Dorland. Intrauterine Ophthalmia neonatorum 248, 566.
Dorlencourt und **E. C. Aviragnet.** Neutralfettsäuren und Seifen im Säuglingsstuhl 236.
H. Dorlencourt, L. Bloch-Michel und **C. Aviragnet.** Trockenmilch in der Säuglingsernährung 161.
Dorlencourt und **J. Hallé.** Papulotuberkulöses Bromexanthem 183, 623.
Dorlencourt und **Schreiber.** Einfluß der Hitze 660.
K. Doerner. Pathogenese der Tuberkulose 129.
Dornic und **Daire.** Milch 76.
Dorr. Schulhygiene und Schulaufsicht 550.
Dosai-Revesz. Psychologie der moralisch verkommenen Kinder 807.
M. Dossin. Tuberkulose beim Säugling 756.
Alva Doty. Cholera 339.
P. Doudon. Symphysenlösung bei traumatischer Verletzung des Beckens 589.
Douriez. Kongenitale Atresie des Anus 775 — Spina bifida 264.
Downing. Geistige Hygiene abnormer Kinder 566.
Doyle. Subnormales Kind in der Schule 550.
Ew. Draeger. Assimilation und Verwertung von Kalkphosphatpräparaten 553.
Draper. Akute Poliomyelitis 521.
Draper, Flexner und **Peabody.** Poliomyelitis 521.
George Draper und **Francis W. Peabody.** Zerebrospinalflüssigkeit und Blut bei Poliomyelitis acuta 521, 566, 756.
George Draper, Francis W. Peabody und **A. R. Dochez.** Akute Poliomyelitis 766.
G. Drehmann. Coxa vara 321.
Douglas Drew. Hernien 264, 776.
H. Drey und **E. Benjamin.** Stickstoffansatz und Wachstum 394.
Dreyfuß. Serumtod und Anaphylaxie 34.
Von Drigalski. Epidemiologie und Bekämpfung der Diphtherie 687 833 — Übertragbare Krankheiten in den Schulen 742.
Droogleever Fortuyn. Maul- und Klauenseuche 732.
J. Drost. Nachweis genügend erhitzter Milch 747.
G. Drouineau. Schule für abnorme Kinder 234
Dsershinsky und **Koshewnikow.** Familiäre Myoklonie 792.
Dubé. Gouttes de Lait 274.
Maurice Dubose. Störungen der Antimeningokokken-Serotherapie 756.
Dubourg und **Sabrazès.** Anaemia splenica, Hämolyse und Tuberkulose 582.
Dubousquet-Laborderie. Menschliche und tierische Diphtherie 756.
Dubousquet-Laborderie und **Edmond Barthélemy.** Prophylaxe

der Infektionskrankheiten durch animale Vakzine 757.
W. Dubreuilh. Sarcomatose der Haut 264, 589, 776.
L. Dubreuilh-Chambardel. Mißbildung des Thorax 264.
M. Ducamp. Diphtherieserum bei nicht diphtherischer Angina 566.
Peter Dück. Encephalocele posterior 757.
D. Duckworth. Kongenitale Herzkrankheit 566 — Krankheitsbereitschaft 566.
Ducroquet und **Péchin.** Steilschrift 605.
Ducros. Thalassotherapie 231.
Ducrotoy. Hämorrhagie des Zentralnervensystems beim Neugeborenen 566.
J. Ducuing und **G. Rigaud.** Fraktur des Metacarpus 264.
L. Dufour. Conférence nationale des Gouttes de lait 597 — Meningeale Zustände 757 — Vakuolisation der Muskelfasern des Herzens 757.
Dufour und **E. Weill.** Scharlachangina 632.
Duhot. Kongenitale Luxation der Kniescheibe 264.
Duker und **Cornelia de Lange.** Einfluß des Thymus auf die Entwicklung des Kindes 788.
R. Dulac. Kongenitale Tumoren des Halses 589.
S. Dulitzky. Sarkom des Dünndarmes 642.
R. J. J. Dumas. Heine-Medinsche Krankheit 566.
F. Dumstrey. Körperpflege des Kindes 650.
J. Dunlop. Melaena neonatorum 553, 747.
James Dunlose. Erythema nodosum und Tuberkulose 723.
C. Dunn. Cyto-Diagnose der tuberkulösen Meningitis 435.
Dunn und **Councilman.** Myatonia congenita 45.
Dünzelmann. Salvarsan und Neosalvarsan bei Lues congenita 383.
R. Duperié. Akute Tuberkulose 248 — Infektiöse Endocarditis 248, 566, 757 — Multiple hypodermische tuberkulöse Gummata 828.
Raoul Dupuy. Endocrine Extrakte bei zurückgebliebenen Kindern 757 — Infantile Rückständigkeit 248 — Zurückgebliebene Kinder 757, 846.
J. Duran. Craniectomie bei Microcephalus 265.
Durand. Säugling in Tunis 784.
D. Durante. Erythema nodosum. 723.
Durante. Fötale Peritonitis 589 — Kongenitale Myositis des Sterno-Cleido-Mastoideus 566 — Tödliche Hämorrhagie der Leber beim Neugeborenen 566.
Durante und **Bonnaire.** Entwicklungshemmung des Schädels 754 — Mikromelie 774.
Durham. Diphtherie 566 — Pflege der Frühgeborenen 553.
M. Durif. Adenoide Vegetationen 248, 566.
M. Durif, J. Gaté und **A. Sargnon.** Adenoide Vegetationen beim Säugling 258, 582.
Duschinoff. Nachweis von Tuberkelbazillen im Blut 627.
Raoul Duthoit. Behandlung des Keuchhustens mit Bordet-Gengouschem Serum 757 — Bordet-Gengousches Serum bei Keuchhusten 835 — Serotherapie bei Keuchhusten 248.
Dutoit. Familiäre amaurotische Idiotie 793 — Scotts Emulsion bei Augenkranken 2.
A. Dutoit. Neuritis optica infectiosa bei Masern, Scharlach, Typhus abdominalis und Influenza 566, 757 — Thymusforschung 548.
A. Duval. Physische Kultur 550.
M. G. Duval. Tuberkulin 566.
M. Duvoir. Variolo-Vaccine 566.
A. I. Dworetzky. Dosierung von Diphtherieserum 633.
M. A. Dychno. Rumpel-Leedesches Phänomen bei Scharlach 224.
Dyer. Rheumatismus bei Kindern 566.
V. Dylnitz. Progressive Asystolie bei primärer subakuter Myocarditis 566.
A. L. Dynkin. Erworbener Herzfehler 619.
S. Dzierzhowski. Aktive und passive Immunität gegen Diphtherie 851.

Eastman. Chorea 757 — Magenverdauung und Erbrechen der Säuglinge 553.
Alexander C. Eastman. Physiologie und Chemie der Magenverdauung 747.

P. J. Eaton. Diabetes mellitus 248.
Eaton. Verhältnis der Milch zur allgemeinen Gesundheit 275.
Percival J. Eaton und **E. B. Woods.** Diabetes mellitus 237, 567.
G. Eben. Herabsetzung der Diphtheriemortalität 757.
A. Eber. Experimentelle Übertragung der Tuberkulose 441 — Tuberkelbazillen 441.
Otto Ebert. Nierensteine 589, 691, 776.
Erich Ebstein. Eunuchoidismus bei Diabetes insipidus 844 — Hypertrichosis und Spina bifida occulta 265, 589, 776, 806.
Echternach. Handbuch des orthopädischen Schulturnens 418.
J. J. van Eck. Kuhmilch-Peroxydase beim Erhitzen 76, 747.
Eckert. Grundriß der Kinderheilkunde 418 — Polyserositis 757 — Diphtherietherapie 546.
F. Edelstein und **H. Bahrdt.** Eisengehalt der Frauenmilch 74.
F. Edelstein und **F. v. Czonka.** Eisengehalt der Kuhmilch 217.
F. Edelstein und **L. Langstein.** Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch 661.
A. Eder. Diagnose und Therapie der kongenitalen Nierendystopie 589.
Edgerton. Kinderlähmung 521.
F. H. Edgeworth. Familiäres Ödem 567.
George H. Edington. Syphilis 757.
W. Edmond. Meningoencephalocele 265.
W. Edmunds. Milch und Thyreoidea 76.
Effler. Kommunale Fürsorgezentralen 597.
J. Effront. Wirkung des bulgarischen Fermentes 76.
Franz Effsing. Akardius 776.
H. E. Eggers und **L. Hektoen.** Experimentelle Masern beim Affen 37, 570.
Egis und **Colley.** Diphtherieepidemie 344.
W. Egloff. Deformitäten des oberen Femurendes 589 — Lähmungen bei Spina bifida 59.
G. Ehrenberg. Schutz gegen Tuberkulose 248 — Tuberkulose im Kindesalter 567.
Walter Ehrhardt. Große Serumdosen bei Diphtherie 757.
Ehrhardt Primäre Tuberkulose der Mundschleimhaut 348, 455.
Eicher. Akute puerperale Mastitis 657.
Eichloff. Erhitzte und rohe Milch 747.
K. Ellers. Kutane Tuberkulinprobe bei exsudativer Diathese 567.
R. Einhorn. Tetanusfälle 567.
v. Eiselsberg. Aus der Werkstatt des Chirurgen 422.
van Eisselsteijn. Methoden der künstlichen Atmung 650.
D. M. Eisendraht. Kongenitale Hydronephrose 265.
F. Elina. Serumbehandlung 567.
Ellenbeck. Hämolyse der Frauenmilch 387.
Elliott. Säuglingsernährung 553.
G. Elmiger. Varizellen 567.
H. Elsner. Intoxikationserscheinungen nach Atropinanwendung 567.
L. W. Ely. Gelenktuberkulose 453.
Emberg. Spasmophilie 567.
A. G. Emery und **Fr. G. Benedict.** Verbrennungswärme des Milchzuckerhydrats 76.
P. P. Eminet. Natürliche und künstliche Säuglingsernährung **1** — Spezifische Blutplättchen 151.
Engel. Intrakutanreaktion 39 — Internationales Paternitätsprozeßrecht 710 — Wirkung der mechanischen Erschütterung auf die Frauenmilch **578.**
R. Engel und **M. Sénécgal.** Appendicitis 272.
Sigmund Engel. Grundfragen des Kinderschutzes 418 — Grundriß der Säuglingskunde 146.
Stephan Engel. Diagnose und Therapie der Kindertuberkulose 445 — Lokalisation der Säuglingspneumonie 407 — Säuglingspflege 647 — Topographie des Bronchialdrüsenbaumes 404.
St. Engel und **J. Bauer.** Differenzierung der Milcheiweißkörper 74.
St. Engel und **A. Bode.** Kolostralfett 76.
Stephan Engel und **L. Dennemark.** Übertragung des Kolostrums in die Milch 747.
St. Engel und **H. Murschhauser.** Einfluß des Harnstoffes auf Blut und Milch stillender Frauen 76 — Zusammensetzung der Frauenmilch bei Nephritis 76.

St. Engel und **L. Turneau.** Urin von Brustkindern 76.
Engelbrecht. Ursprung der Lepra 688.
Guido Engelmann. Angeborener Hochstand des Schulterblattes 699.
F. England. Poliomyelitis in Hampshire 248.
English. Kinderernährung 237 — Kindersterblichkeit 597.
D. E. English. Säuglingssterblichkeit 784.
Ephraim. Ungiftige Schleimhautanästhesie 282.
A. Epstein. Chirurgische Behandlung des Kryptorchismus 589.
Alois Epstein. Ohrringstechen 527.
S. Epstein. Plattfuß 237 — Poliomyelitis anterior acuta 249.
F. Erkes. Kongenitale Thoraxdeformitäten 776.
A. Erlandsen. Bestimmung des Tuberkulintiters nach Ellermann-Erkandsen 445.
P. Ernst. Angiomatosis der Haut, Leber und Milz 776.
Ernst. Zahnuntersuchungen an Kieler Volksschulen 234.
P. Esch. Überempfindlichkeit bei der Mutter 548.
Th. Escherich. Tuberkulintherapie im Kindesalter 453.
C. R. Eschle. Ernährung und Pflege 418.
Ch. Esmonet und **E. Loeper.** Französischer Kongreß für interne Medizin 454.
Espenel. Abszeß 265.
Ad. d'Espine. Lobäre Pneumonie 567 — Tuberkulose und Schule 742.
A. d'Espine und **H. Mallet.** Thrombose bei Diphtherie 567.
A. Eulenburg und **T. Cohn.** Infantile progressive Muskeldystrophie 249.
Allan Eustis. Toxische Pathogenese des Bronchialasthmas 757.
Evans. Eingeweidewürmer 265.
J. H. Evans. Kongenitale Fissuren, Fisteln und Dermoidzysten der Nase 589.
Everall. Abdominaldiphtherie 345.
Everhard und **Felker.** Ernährung junger Kinder 747.
A. Evrard. Intoxikation der Säuglinge durch Mohnköpfe 249, 567.
Paul Ewald. Spina bifida occulta 776.
René Fabian. Nierentumoren 776.
Fabre und **Bourret.** Salvarsanbehandlung der hereditären Syphilis 757.
Fabre und **Jarricot.** Hämaturie beim Neugeborenen 757 — Mißbildung beider Hände bei Mutter und Kind 589, 776.
Fabre und **Rhenter.** Duodenalulkus bei Melaena neonatorum 238, 589.
Fabrikant. Doppelseitige eitrige Pleuritis 310.
Fage. Dacryozystitis beim Neugeborenen 265.
P. Fainitzki. Tuberkulose der Bindehaut 453.
Fairbanks. Krankheiten unter Schulkindern 604.
David Fairchild. Heredität der Epilepsie 757.
C. J. A. Fairise. Latente Tuberkulose 249, 757.
H. L. Fales und **F. H. Mc Crudden.** Intestinaler Infantilismus 306.
A. Falk. Wirkung der Stauung auf Tuberkulinreaktion und lokale tuberkulöse Prozesse 567.
A. Fallas und **Higguet.** Operation der adenoiden Vegetationen 266.
Ch. Fallot. Tuberkulintherapie bei Lungentuberkulose 567.
A. Falquel. Koprologie 554.
W. Falta, Kriser und **L. Zehner.** Behandlung der Leukämie mit Thorium X 182.
W. Falta und **G. Schwarz.** Wachstumsförderung durch Radiumemanation 548.
Fanquez und **Guinon.** Darminvagination 777.
G. de Faria. Darmparasiten 265.
Farnarier. Ophthalmia neonatorum 758.
Farnell und **Burnett.** Läsion des rechten Gehirnschenkels 758.
Farr. Kalorienwert der Nahrungsmittel 238.
Cl. B. Farr. Kalorischer Vergleichswert verschiedener Nahrungsmittel 554.
W. Fatianoff. Statistik und Ätiologie der Herzklappenfehler 567.
Faujas. Blasenstein 776.
M. Faulhaber. Röntgendiagnostik der Magenkrankheiten 365.
Fauquez und **Guinon.** Darminvagination 266.
E. St. Faust. Kombinierte Wirkungen einiger Opiumalkaloide 822.

Th. Fauvet. Tumoren des vierten Ventrikels 589.
Favre. Künstliche Ernährung bei armen Kindern 747.
Ch. Favre. Schädelfraktur 776.
W. E. Fay. Darmstörungen 238.
E. Greaves Fearnsides. Telangiectasie 569, 723.
Else Federn. Zehn Jahre Settlementarbeit in Wien 597.
H. Federschmidt. Hygiene in den Volksschulen Ansbachs 234.
Fedinsky. Antitoxindosen bei Diphtherie 344.
Fédou. Masernepidemie 372, 724.
E. Feer. Ätiologie und Pathologie des Keuchhustens 835 — Bronchiolitis und Bronchopneumonie 758 — Chloromfälle 776 — Ekzem 567, 724 — Kutane und konjunktivale Tuberkulinprobe und Skrofulose 445 — Lehrbuch der Kinderheilkunde 648 — Myatonia congenita Oppenheim 758 — Pirquetsche Reaktion 445.
Leopold Feilchenfeld. Hautreiz und Windpocken 724.
D. Feiertag. Nabelschnurumschlingung 589.
Ad. Feldmann. Entstehung der Hasenscharten 589.
N. N. Felippoff. Chirurgische Kasuistik 227.
Felker und **Everhard.** Ernährung junger Kinder 747.
J. Felländern. Eklampsie 76.
G. Fendler und **C. Borkel.** Alkoholprobe und Säuregrad der Milch 76.
K. Feri. Technik der Diazoreaktion 661.
Ferrand. Lungentuberkulose 435.
Clémente Ferreia. Sistosches Phänomen bei hereditärer Syphilis 516.
R. G. Ferrer. Heine-Medinsche Krankheit 249.
V. Ferretti. Schädeltrauma 265.
Ferrier. Kongenitale Malaria 758.
La Fetra. Verwendung des Salvarsans 823.
O. Fettick. Kontrolle des Viehbestandes 76 — Pseudomonas fragaroidea Huß 76.
Feuchtwanger. Vorstellungstypen 68.
Feullié und **Marfan.** Experimentelle Rachitis 181.
K. Feulner. Präventive Behandlung der Augeneiterung der Neugeborenen 567.
Martina Fiebach. Kongenitale Patellarluxationen 776.
Fiedler und **Nicoll.** Mastoiditis mit allgemeiner Sepsis 670.
D. L. Field. Säuglingspflege 238.
Field. Schulzimmer 234.
R. Flévez. Behandlung der Säuglingshygiene 597 — Ernährungsstörungen beim Säugling 734 — Fehlerhafte Ernährung 554 — Popularisierung von Gewichtskurven 735, 747 — Wasserdiät bei Gastroenteritis 238, 734.
J. Flévez. Thymushypertrophie 249.
Flfe und **Veeder.** Stoffwechsel bei Atrophie 554.
S. Figowska. Einfluß der Ernährungsstörungen auf die Säuglingssterblichkeit der Schweiz 597.
Fernandes Figueira. Heine-Medinsche Krankheit in Rio de Janeiro 506.
A. Filia. Ausscheidung von Harnsäure durch die Milch 76. — Autolytische Wirkung der Gewebe des Neugeborenen 238, 554 — Troteolytisches Ferment im Säuglingsstuhl 238 — Verteilung des Eisens in der Leber 231, 554.
Filiatrean. Infantile Diarrhöe 747.
H. Filippo und **J. Polenaar.** Physikalisch-chemische Eigenschaften der Milch 81.
Findley. Gonorrhea 567.
L. Findlay. Systolischer Druck 231.
G. Fingerling. Einfluß kalk- und phosphorsäurearmer Nahrung auf die Milchsekretion 76 — Einfluß von Phosphorverbindungen auf die Milchsekretion 554 — Einfluß von Reizstoffen auf die Milchsekretion 76 — Verwertung des Eiweißes durch Saugkälber 77 — Verwertung von Phosphorverbindungen 77.
G. Finizio. Magenverdauung der Fette 77 — Bordet-Gengouscher Bazillus bei Keuchhusten 346.
Finkbeiner. Kretinenfrage 639 — Neandermerkmale bei Kretinen 46.
H. Finkelstein. Behandlung des Säuglingsekzems mit molkenarmer Milch 20, 554 — Diätetische Behandlung des Säuglingsekzems 724.
S. Finkelstein. Resorptionsarbeit des Darmes 554.

H. Finkelstein und **L. F. Meyer.** Ernährung mit Eiweißmilch 77.
G. Fiore. Hirntuberkel 435 — Klinisch und anatomisch geheilter Hirntuberkel 439 — Physiopathologie der Thymusdrüse 14 — Schädelperkussion 548 — Symptomatologie des zerebralen Tumors 46 — Traumatischer zerebellärer Abszeß 49.
G. Fiore und **M. Franchetti.** Thymusinvolution 13.
Firth. Erbliches Fehlen der Patellen und Deformität der Nägel 640 — Fehlen der Patella 265.
A. C. D. Firth. Enuresis und Schilddrüsenextrakt 567.
L. Fisahn. Xanthoma tuberosum multiplex 589.
Fisch. Homogenisierte Milch in den Tropen 554.
R. Fisch. Säuglingsernährung in den Tropen durch homogenisierte Milch 747.
Fischer. Behandlung des Scharlachs 758.
Bernh. Fischer. Darminfektion und Lungentuberkulose 439.
B. Fischer. Mißbildungen des Herzens und der großen Gefäße 62.
G. Fischer. Hygiene der Milch 275.
Herwart Fischer. Mißbildungen beim Fötus 776.
Martin H. Fischer. Nephritis 518 — Maul- und Klauenseuche 567, 724.
Philipp Fischer. Wasserstoffsuperoxydlösungen 655.
W. Fischer. Angeborene allgemeine Wassersucht 776.
Fischer und **Kleine.** Verbreitung der Schlafkrankheit 357.
Fischl. Keuchhusten 346.
R. Fischl. Erzeugung von Albuminurie und Nephritis 567 — Masernexanthem 758 — Rachitis 616 — Scharlach 758 — Scharlachfragen 249, 312.
Fiser. Inguinalhernie 265.
C. Fisher und **V. D. Lespinasse.** Hämorrhagie eines Neugeborenen 239.
D. C. L. Fitzwilliams. Kongenitales Fehlen der Musculi practorales 265 — Syphilitische Knochenerkrankungen 758
C. L. Fitzwilliams Duncan. Syphilis 757.
J. Flaig. Alkohol und Schule 742.
M. Flamini. Stuhluntersuchung 238.
Flandin und **Achard.** Anaphylaktischer Choc 739.
Ch. Flandrin und **Ch. Achard.** Typhus beim Säugling 243, 560, 752.
E. Flatau und **W. Sterling.** Progressiver Torsionsspasmus 249, 793.
Fleischer. Salvarsan bei lymphatischer Ophthalmie 2.
K. Flessa. Gehäuftes Auftreten von akut entzündlichen Herzerkrankungen 567.
Fleming, Cowan und **Kennedy.** Herzblock bei Infektionskrankheiten 311 — Wirkung von Salvarsan auf das Auge 2.
Karl Flessa. Gehäuftes Auftreten von akut entzündlichen Herzerkrankungen 249.
Fletcher. Sprachdefekte 249.
John M. Fletcher. Sprachfehler bei Kindern 471.
E. Fleurent und **L. Lévi.** Milch 77.
Maurice de Fleury. Säuglingsfürsorge 784.
Flexner. Influenzameningitis 350 — Poliomyelitis 11.
D. Flexner. Poliomyelitisepidemie 567.
Simon Flexner. Epidemische Poliomyelitis 249, 758 — Experimentelle Poliomyelitis 758 — Influenza-Meningitis und Serum 567.
Flexner und **Clark.** Epidemische Poliomyelitis 11.
Simon Flexner, P. F. Clark und **A. R. Dochez.** Experimentelle Affen-Poliomyelitis 758.
Flexner, Peabody und **Draper.** Poliomyelitis 521.
Flinker. Kontaktinfektion des Kretinismus 788 — Körperproportionen der Kretinen 788.
Florentin. Säuglingsfürsorge in Lothringen 275.
Ernst Flügge. Ursache der Sommersterblichkeit 785.
Ferdinand Flury. Chemie und Toxikologie der Askariden 249, 758.
K. Fluß und **G. Nobl.** Intrakutanreaktion bei Syphilis 176.
E. Foisy. Radiotherapie der tuberkulösen Drüsenerkrankungen 758.
Folin und **Denis.** Kreatin im Kinderharn 363.
Otto Folin und **W. Denis.** Kreatinausscheidung 554.

L. Follasson. Knochenwachstum 548.
C. Fontan und **Deléarde.** Polyarthritis deformans 264.
J. G. Forbes. Poliomyelitis anterior acuta 249.
D. Forbes und **H. P. Newsholme.** Membranose Rhinitis 310, 567.
Forell. Gehäuftes Auftreten von akut entzündlichen Herzerkrankungen 32.
O. Förster. Behandlung spatischer Lähmungen 329.
Forster. Abtötung von Tuberkelbazillen durch Erhitzung 441.
David Forsyth. Diagnose von Rückenmarkserkrankungen 758.
Fort. Schulkinder auf dem Lande 550.
C. P. Fothergill. Fraktur beim Neugeborenen 265.
Fotheringham. Primäre Pyelitis 265.
M. Foucault. Kardio-vaskuläre Störungen bei akuter Nephritis 567.
Foúchet. Hemophilie 568.
Foúquet. Angina Ludovici 590.
Fowler. Appendizitis 670.
R. Foy. Behandlung der Ozäna 590.
P. Fragenheim. Ostitis fibrosa 590.
Fr. Fraley. Kalorischer Wert von „Percentic"-Mischungen 554. — Berechnungsmethode zur Kalorienbestimmung 238.
R. Français. Akute Osteomyelitis des Oberkiefers 228, 590.
M. Franchetti und **G. Flore.** Thymusinvolution 13.
C. Francioni und **G. Menabuoni.** Wassermannsche Reaktion 758.
G. de Francisco. Cephalocele und Spina bifida 265.
M. François. Atmungsgeräusche bei den Lungenspitzen 568.
François und **Lesué.** Erysipel beim Neugeborenen 762.
Paul Frangenheim. Angeborene Systemerkrankungen des Skeletts 590, 776 — Ostitis fibrosa 265, 776.
A. Frank. Diphtheriebekämpfung in Schulen 758.
F. Frank. Mors thymica 568.
Robert T. Frank. Experimentelle Milchauslösung 747.
R. T. Frank und **A. Unger.** Wachstum der Brustdrüse 554.
Georg Franke. Coxa valga 776.
Kurt Franke. Schulhygiene in Japan 742.
Fraenkel. Dysbasia lordotica progressiva 643.
B. Fränkel. Tuberkulose und Lebensalter 429 — Tuberkelosemortalität in Preußen 429.
E. Fränkel. Kongenitale Knochensyphilis 221.
R. Frankenberg. Hereditärer Nystagmus 568.
K. Frankhauser. Geschwisterpsychosen 568, 818.
Fraser. Influenza 350.
John Fraser. Verhältnis humaner und boviner Tuberkelbazillen bei Knochen- und Gelenktuberkulose 758.
K. Franz. Lichtprüfung in Schulen 551. — Stillen der Wöchnerinnen 17.
R. G. Freeman. Gesundheitspflege der Schulkinder 234.
Freeman. Intestinaler Infantilismus 27.
Fredet, Hypertrophische Pylorusstenose 747.
Walter Frei. Praktische Milchuntersuchung 747.
Mérigot de Freigny und **Meslay.** Zerebraler Rheumatismus 758.
Fremantle. Abnahme der Geburtenzahl 647.
French. Mediastinale Ursachen für chronischen Husten 309.
Walter Frensdorf. Kasuistik und Pathogenese der kongenitalen Gallengangsatresien 590, 776.
O. Frese. Erkrankung der Mund- und Rachenschleimhaut 281.
Freund. Infektion mit Bacillus Paratyphi B. 683 — Pankreaskomplikationen bei Parotitis epidemica 355.
W. Freund. Einwirkung von Ozon auf Milch und Molkereiprodukte 77.
H. Freund und **E. Grafe.** Experimentelles Kochsalzfieber 554.
R. S. Frew. Acetonurie bei Kindern 238, 554 — Karzinom der Nebenniere 265.
H. Frey. Gehör der Schulkinder 551.
P. Frèze. Tuberkulinbehandlung der Tuberkulose der Harnwege 568.
Ragnar Friberger. Arhythmie bei gesunden Kindern 620.
W. Frick. Angeborene Pektoralisdefekte 590.

Friedberger und **Langer.** Stomachale Kochsalzzufuhr bei Anaphylaxie 822.
M. Friedemann. Atlas für Krankenpflegerinnen 519.
Hans Friedenthal. Wachstum 554, 740.
H. Friedenthal und **H. Lachs.** Bestimmung des Eisens auf kolorimetrischem Wege 79.
W. Friederici. Hochschule und Hilfsschullehrer 742.
K. Friedjung. Bronchialdrüsentuberkulose mit Tumor cerebri 199.
J. Friedjung. Habitus tuberculosus 445.
Josef K. Friedjung. Kindliche Onanie 638.
Friedlander und **Greenebaum.** Einfluß der Nahrung auf die Darmflora 738.
M. Friedmann. Nichtepileptische Absenzen 758, 800.
Friedrich. Hämoglobinnährböden für Cholera 339.
Johannes Fries. Isolierte Erregbarkeitsstörung des Ventrikels bei Diphtherie 758.
K. A. E. Fried und **I. Jundell.** Anstrengungsalbuminurie 366.
Frisch. Formamintwirkung 458.
A. Fritschi. Behandlung der Komplikationen des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum 568.
Alexander Fritz. Hirschsprungsche Krankheit 376.
A. Fritz. Poliomyelitis acuta 758.
Froelich. Blasenektopie 265, 758 — Coxa vara 776 — Infantiler Skorbut 362 — Operation der Spina bifida 265 — Osteitis fibrosa 265.
Th. Frölich. Infantiler Skorbut 554.
Frölich und **Holst.** Experimenteller Skorbut 360.
C. Fromaget. Quecksilberbehandlung bei hereditärer syphilitischer Keratitis 249.
Fromme. Behandlung der weiblichen Gonorrhöe 689.
Frommholz. Prophylaktische Einträufelung in die Augen Neugeborener 249.
H. Fromont. Symptome von Scharlach 758.
Emil Fröschels. Hör- und Sprachstörungen beim Kretinismus 293, 568 — Taubstummheit und Hörstummheit 293 — Nervöse Sprachstörungen 195.
Conway A. Frost. Milch eklamptischer Mütter 238, 554.
Frost und **Anderson.** Abortivfälle von Poliomyelitis 752.
A. Frouin. Milch 77.
A. Fruhinsholz und **K. Wallich.** Schicksal der Frühgeborenen 243, 560.
R. Frühwald. Infektiosität des Blutes Syphilitischer 176.
A. Fuchs. Behandlung mit hohen Tuberkulindosen 453.
Arno Fuchs. Hilfsschulfragen 823.
Ferdinand Fuchs. Osteogenesis imperfecta 568, 759.
Fuchs und **Neubauer.** Niedrige Tuberkulindosen 349.
E. Fuld. Magenfermentproben 77.
F. Fulpius. Blutuntersuchung bei Tuberkulose 568.
A. Funaro und **L. Musante.** Milch 77.
A. Funk und **W. Autemrieth.** Kolorimetrische Bestimmung des Milchzuckers 74.
Fürst. Experimenteller Skorbut 361.
Fürstenheim. Beurteilung des Geisteszustandes jugendlicher Angeklagter 814 — Gesetzliche Fürsorge für geistig schwächliche und kränkliche Kinder 812.
W. Fürstenheim. Wechselwirkung zwischen körperlicher und geistiger Schwäche 759.
Otto v. Fürth. Gewebechemie 333.
H. Fürth. Lehrerlasten und Lehrerlohn 234.
Vincenzo Fusco. Malaria in der Kindheit 568.
Heinrich Fuß. Lactobacilline 359.
K. Fuyinami. Pylorospasmus 568.

E. Gachon. Werlhofsche Krankheit 238, 554.
E. Gagnoni. Malaria 249, 568.
Ernesto Gaing. Tödliche Darmblutung bei Anchylostomiasis 759.
E. Galewsky. Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis 724.
A. Galisch. Versorgung stickhustenkranker Kinder 689.
P. Gallerand. Kongenitale Cyanose 265.
A. Galliot. Behandlung der Albuminurien 249, 568.
Gallus. Sammelreferat über die deutsche ophthalmologische Literatur 1.

Jean Galup. Arthritismus eine anaphylaktische Diathese 759.
M. I. Gamrat-Kurek. Paraphimose 642.
N. Ganeff. Angeborene Stenose und Atresie der Aorta 590.
Ganghofner und **Schleißner.** Stillstuben und Stillkrippen 192, 597.
Gardère, G. Mouriquand und **E. Weil.** Nierentumor 596.
Gardère und Weill. Duodenalulcus 273, 596, 783 — Hypertrophische Pylorusstenose 243, 560 — Kopliksche Flecken 586 — Meningitis cerebrospinalis 261 — Pleuraergüsse 773 — Viscosität des Blutes 741.
L. Gargane. Nahrungsmenge beim Säugling 554.
Ch. Garin. Enteritis durch Trichozephalus 568.
R. Garipuy. Ernährung des Kindes 238.
C. Garmier. Höhe und Pulsfrequenz 548.
L. Garnier. Einfluß von Natrium-Bichromat auf Milch 77.
M. Garnier. Zwerg- und Riesenwuchs 265.
E. E. Gartje. Einfluß der Fleischnahrung auf Nervensystem 213.
G. Garzia. Brom natrium und Spasmophilie 568.
Gasne. Madelungsche Krankheit 265 — Traumatische Trennung der Schädelnähte 590.
A. Galceran Gaspar. Angeborene Blindheit 568.
Gassier und **H. Barbier.** Hereditäre Syphilis des Zentralnervensystems 176 — Nervöse Erscheinungen der Erbsyphilis 626.
Gassot. Vals Wasser bei Gastroenteritis 238.
M. Gastaldi. Ungleichheit des Volumens der Niere 590.
J. Gaté. M. Durif und **A. Sargnon.** Adenoide Vegetation 258, 582.
Gaethgens, Brückner und **Hans Vogt.** Bakteriologie der Respirationserkrankungen 843.
Gaucher. Diagnose der tertiären hereditären Syphilis 265 — Diagnose der hereditären Syphilis 759.
L. Gaucher. Milch 77— Tertiäre hereditäre Syphilis 249 — Tertiäre hereditäre Syphilis von Gehirn und Rückenmark 265.
Gaucher, Gougerot und **Guggenheim.** Akquirierte Syphilis 568.
Gaugele. Subkutane Arthrodese 325.
E. Gaujoux. Aphthöse Munderkrankungen 568, 759 — Behandlung der Meningokokken-Zerebrospinalmeningitis 515 — Kinderlähmung 568.
Gaujoux und **Maillet.** Polyviscerale Tuberkulose 435.
A. Gaullieur L'Hardy. Behandlung von Scharlach und Masern nach Milne 249.
A. Gaus. Verletzungen der Kinder bei Extraktionen 590.
E. L. Gautier. Diphtherie im Hopital Trousseau 568.
Pierre Gautier. Scharlach 686, 759.
H. Gauvain. Konservative Behandlung der tuberkulösen Krüppel 453.
Gavin. Angeborene hypertrophische Pylorusstenose 554.
R. Gayrand. Krebs in den ersten zwanzig Lebensjahren 590 — Krebs im Jugendalter 265.
A. Gazeau. Masern und Tuberkulose 568.
Hans Geber. Favus bei Neugeborenen 724 — Idiopathisches Erythem 724.
E. Geiser. Skleroedema neonatorum 526, 759.
M. Gelbart. Einfluß der Digitalis auf frisch entstandene Klappenfehler 568.
Gellhorn. Diabetes mellitus 238, 249.
G. Gendron. Akute Lungentuberkulose 249 — Erkrankung der Mediastinaldrüse 590 — Mediastinaldrüsenerkrankung 249, 776.
Gendron und **Guinon.** Infektiöser Ikterus 570.
Gendron und **Netter.** Zerebrospinalflüssigkeit bei tuberkulöser Meningitis 442.
G. Genersich. Gonokokkeninfektion bei Säuglingen 249.
Genet und **Palasse.** Augengangrän 249.
Génévrier. Pyloruserkrankung 238 — Pylorospasmus 359.
A. Georgescu. Leukozyten bei Scharlach 249.
Georgi. Unentgeltliche Geburtshilfe in Zürich 597.
B. A. Georgiewsky. Hausinfektionen in Kinderkrankenhäusern 223.

V. Georgiewsky. Infektiöses Ödem beim Säugling 250, 568.
M. Gérard. Urethralsteine 265.
A. Gergeli. Kongenitale Tuberkulose 430.
D. Gerhardt. Beeinflussung chronischer Erkrankungen durch interkurrente Infektionskrankheiten 840.
Gernsheim. Juvenile Muskelatrophie 64 — Generalisierte Angiomatose 204.
Geronné. Pneumokokkenserum 671.
H. J. Gerstenberger und **H. D. Haskins** Kalkstoffwechsel und Tetanie 555.
Gertz. Angeborene totale Farbenblindheit 2 — Zentrales Sehen bei angeborener totaler Farbenblindheit und Zentralskotome 2.
Geszti. Im Körper produziertes Tuberkulin 441.
Gewin. Malztropon 164.
R. Gezes und **U. L. Torrini.** Leptothrix buccalis 250.
E. Gheorghin. Scheintod 568.
R. Ghys. Scharlachnephritis 568.
A. Giannelli. Friedrichsches Syndrom 568.
Gibson. Asthmabehandlung 250.
C. L. Gibson. Nierenruptur 590, 776.
V. Gielczynski. Emphysema pleurale, mediastinale und subcutaneum bei Bronchopneumonie 568, 669.
Gierlich. Infantile hemiplegische Lähmung 569.
Gigon. Stoffwechsel bei Myxödem 788.
Wilhelm Gilbert. Angeborener Totalstar und Netzhautanomalien 759 — Cataracta congenita 2 — Pathogenese der Cataracta congenita totalis 759.
E. Giliberti. Physiologie und Physiopathologie der Thymus 231.
E. Gillespie. Akuter Appendix 776.
Gilruth. Bazillus lactis aerogenes 77.
E. J. Gindes und **M. S. Mendelson.** Pirquetsche Reaktion 759.
E. Ginestous. Externe Ophthalmoplegie 250.
Ginestous und **Campana.** Kongenitaler Cataract und Hydrozephalus 250.
Ginzberg. Kryptophthalmus 2.
Siegmund Ginsberg und **Paul Cohn.** Pseudotumor der Iris 776.
E. Ginsburg. 100 Fälle kruppöser Pneumonie 569.
J. Ginzburg. Pathogenese des Kryptophthalmus 777.
M. Gioseffi. Kinderlähmung 569.
A. Girard. Behandlung der Masern-Laryngitis 569.
Girard-Mangin. Asthma 759.
L. Girard und **L. Rivet.** Kongenitale Mißbildung des Zirkulationsapparates der Lunge 781.
Fr. St. Birons, M. Richet Fils und **G. Laroche.** Anaphylaxie bei Milchernährung 79.
J. C. Gittings. Pylorusstenose **554.**
Wilh. Glaser. Kasuistik der Ichthyosis congenita 569.
H. Wilh. Glasewald. Verdoppelung des Körpergewichtes 554.
Glazebrook. Säuglingsernährung 747.
A. Glegg und **W. Tuxford.** Gewichts- und Längenwachstum englischer Kinder 236.
Gustav Gleim. Kindliche Schilddrüse 740.
E. J. Glinder. Salvarsan 223.
Glogau. Nase, Rachen und Ohr bei zurückbleibenden Kindern 250 — Zustand von Nase, Rachen und Ohr bei abnormer Entwicklung 471.
Glüh. Hydrozephalie 777.
O. Gluth. Kontrolle des Viehbestandes 77.
E. Glynn und **M. Philips.** Spirochaete pallida 257.
E. Goebels. Mißbildung des fötalen Urogenitalsystems und des unteren Darmabschnittes 590.
H. Goeckel. Bewertung des ungeborenen Kindes 548.
H. H. Goddard. Größe und Gewicht schwachsinniger Kinder 551, 740 — Körperlänge und Gewicht schwachsinniger Kinder 555.
Goddard und **Hill.** Intelligenzprüfung nach Binet 808.
C. Goedhart. Chronische Vulvovaginitis 168.
P. Godin. Bedeutung der Pubertät 231 — Veränderungen der Körperproportionen 231.
O. St. J. Gogarty. Schulärztliche Inspektion in Irland 234.
Goldberg. Torticollis 777.
Joseph Goldberg und **John F. Anderseu.** Masern 723 — Ansteckungsfähigkeit der Masern 561 — Infektiosität des Blutes

bei Masern 244 — Masern 684 — Maserngift in Nasen- und Mundsekret 355 — Masernvirus 569 — Masernvirus im Mund- und Nasenschleim 250.
J. Golding. Milch 77.
A. Goldreich. Beziehung der Kubitaldrüsen zur hereditären Lues 705 — Diagnostik der latenten Lues hereditaria 529 — Narben bei latenter Lues hereditaria 699.
H. Goldszmit. Sonntag des Arztes 853 — Technik der Untersuchung der Säuglinge 854.
Goldthwait. Krankheiten unter Schulkindern 604.
A. Golescéano. Sehen bei Kindern 250.
A. Gombert. Hygiene und Erziehung 551.
B. Gomperz, C. Hochsinger und **R. Neurath.** Festschrift für M. Kassowitz 857.
A. Gonget. Experimenteller Scharlach 632.
Gonnet. Meningitis tuberculosa 435.
Gonzony. Spirochäten 357.
Goodale. Anginaepidemie in Boston 34.
Alexander Goodall. Akute Myelozythämie mit Osteosklerose 759.
H. Goodall. Behandlung der Lungentuberkulose 454 — Serumbehandlung der Diphtherie 345.
F. Goeppert. Behandlung der akuten spastischen Bronchitis 618 — Sammelreferat über Arbeiten aus der rhinologischen Literatur 279 — Ventilverschluß des Dickdarms 376.
L. Gordon. Blutdruck bei akuter Nephritis 569.
H. Gordon-Salkind. Gonorrhöe 569.
Göring. Gesetzlicher Schutz der Jugendlichen 814 — Vorentwurf zum deutschen Strafgesetzbuch 814.
Göring und **Plaut.** Kinder und Ehegatten von Paralytikern 818.
Goerlitz. Salvarsan und Neurorecidiv 2.
E. Gorovenko. Maltafieber beim Kind 250, 569.
E. Gorter. Eiweißmilch 747 — Epidemiologie der Heine-Medinschen Krankheit 503 — Exsudative Diathese, Lymphatismus und Skrofulose 435.
A. M. Gossage. Rheumatismus 569, 634, 759.
A. Gottstein. Epidemiologie der Diphtherie 569, 759.
Th. Goett. Assoziationsversuch 458 — Bewertung des Assoziationsversuches **59** — Kindliche Psychopathie 250 — Psychogene Akinesie 371.
Th. Goett und **J. Rosenthal.** Röntgenkymographie 655.
Erich Goetze. Masernexanthem u. Masernübertragung 464, 724.
Götzky. Tetanus neonatorum 839.
J. Gougelet. Meningeale Tuberkuloseepisoden 250.
Gougelet und **Barbier.** Meningeale tuberkulöse Episode 373.
Gougerot, Gaucher und **Guggenheim.** Akquirierte Syphilis 568.
H. Gougerot und **G. Laroche.** Ätiologie und Pathogenese der Hauttuberkulide 569.
D. Gouleff. Serumkrankheit 569.
Gould und **Clemens.** Eitrige Zerebrospinalmeningitis 350.
H. Gouralska. Serumkrankheit und Chlorkalzium 569.
F. Gourand. Tuberkulintherapie beim Kind 454.
J. Gourdon. Kongenitale Skoliose 590 — Orthopädische Aufsicht über Schulkinder in Bordeaux 742 — Orthopädische Klinik in Bordeaux 265.
Goussis. Purpura haemorrhagica 29.
J. P. Mc Gowan und **W. M. Taylor.** Epidemische Conjunctivitis 569.
C. Grabow. Tetanie 569.
E. Grabs. Meningitis serosa 569.
H. Gradl. Perkussion der Lungenspitzen 569.
Gräf. Giftbildung in Diphtheriebazillenkulturen 759.
Raoul Graf. Kongenitaler Prolaps 265, 777.
W. Graf. Atresia auris congenita mit Mikrotie 590.
Grafe. Paroxysmale Hämoglobinurie 250.
E. Grafe und **H. Freund.** Experimentelles Kochsalzfieber 554.
Ernst Gräfenberg. Anaphylaktische Beziehungen zwischen Mutter und Kind während der Schwangerschaft 740.
Graham, Campbell. Bazilläre Dysenterie 682.
Evarts A. Graham. Hämorrhagische Erkrankungen der Neugeborenen 307.
E. E. Graham. Pertussis-Vakzine 250.

Graham. Pathogenese der hämorrhagischen Erkrankungen des Neugeborenen 613 — Pylorusstenose bei älteren Kindern 27 — Vakzinebehandlung des Keuchhustens 169.
E. Grahaud. Hypophysäres Syndrom 569.
Granjux. Abnorme Kinder 250 — Tuberkulosebekämpfung in Belgien 250.
L. Grand-Clément und **Rollet.** Syphilitischer Schanker des Augenlides 258.
Grasemann. Arbeitnehmer und Lohnbeschlagnahme 710.
Grasemann und **Weygandt.** Berufsvormundschaft und geistig Minderwertige 710.
Grassl. Aufzuchtsmenge in den bayrischen Bezirksämtern 597.
S. v. Gratkowski. Sophol-Prophylaxe und Ophthalmoblenorrhöe der Neugeborenen 569.
Fr. Graetz. Beziehungen zwischen Milch, Kolostrum und Blutserum des Rindes 77.
J. F. N. Graveline. Kinesitherapie und Lähmung 569.
Graves. Scapula scaphoidea 818.
Gravier. Geburtsgewicht von 5300 g 555.
L. Gravier und **R. Rendu.** Entwicklungshemmung der Tibia 270.
Gravier und **Voron.** Klumpfuß 783 — Polyodactylie 783.
C. M. Greco. Magenverdauung beim Säugling 77.
Green. Poliomyelitis anterior acuta 11.
Green, Robert und **J. B. Swift.** Hämorrhagische Erkrankungen der Neugeborenen 241.
Greene. Entfernung der Adenoide bei Masern 777.
Greenebaum und **Friedländer.** Einfluß der Nahrung auf die Darmflora 738.
Greenfield-Sluder. Tonsillektomie mittels Guillotine 281.
Greenwald. Poliomyelitis 521.
Leonhard und **Alexander Gregor.** Epidemie akuter Poliomyelitis in Cornwall 569.
A. Gregor und **O. L. Hopper.** Poliomyelitisepidemie in Cornwall 251.
David M. Greig. Angeborener Schulterblatthochstand 265 — Kongenitaler Defekt des chondrosternalen Abschnittes des Pectoralis major 777 — Tumor der fronto-nasalen Region 590.
Hans Grenacher Thymusstenose 777.
H. Grenet und **L. Guinon.** Meningitis durch Meningokokken und Tuberkelbazillen 251, 435.
H. Grenet und **P. Loubet.** Chorea 759.
O. Grenness. Norwegische Volksschulen 234.
E. Gressot. Hämophilie 759.
Paul Greven. Blenorrhoea neonatorum 759.
Griffin. Behandlung der Peroneuslähmung nach Poliomyelitis 11.
Griffith. Abdominaltyphus 683.
J. P. C. Griffith. Duodenalulcus 265 — Scharlachrezidive 250.
J. C. P. Griffith und **W. G. Spiller.** Amyotonia congenita 250.
Griffiths und **D. F. Ridell.** Scharlach 280.
C. A. Griffiths, W. Sheen und **H. A. Schölberg.** Sarkom der Thymus 272.
Grigorin und **Aschner.** Wirkung von Plazenta, Fötus und Keimdrüse auf die Milchsekretion 74, 656.
W. Grimmer. Sammelreferat über Milchwissenschaft und Molkereipraxis 73 — Katalase 77 — Milchperoxydase 77, 747.
M. Griolet. Meningeale Hämorrhagie 777.
P. Grisel. Darminvagination 590.
L. Grisen. Tuberkulinbehandlung und Tuberkulinreaktion 569.
H. de Groat und **G. W. Wende.** Dermatitis vegetans 261.
Franz M. Groedel. Erkrankungen des Zirkulationsapparates 524.
M. H. J. Groenendyk. und **R. A. Tange.** Osteogenesis imperfecta 771, 848.
Helga Grönvall. Reduzierende Körper im Harne der Wöchnerinnen 238.
A. de Groot. Diphtherie und Bazillenträger 569.
Joseph Grosgeorge. Epidemische Poliomyelitis in Anjou 569.
G. F. Groß. Poliomyelitis anterior acuta in South-West-Norfolk 570.
Grossard und **Kauffmann.** Adenektomie 266 — Komplikationen der Adenektomie 280, 590.
H. Grossenbacher. Funktion der Milz 548.

P. Grosser. Bewertung des Albumingehaltes der Frauenmilch 77 — Eiweißmilch 77 — Exstirpation der Milz bei Bantischer Krankheit 512 — Organische Phosphorverbindungen 205.
Großmann. Einteilung defekter Kinder 250 — Zurückbleiben u. Imbezillität 250.
B. Großmann und **K. v. Müllern.** Primärerkrankungen der hämatopoetischen Organe 28.
E. Großmann. Förstersche Operation 65.
F. Großmann. Diätetik und Therapie des Scharlachs 250.
M. Großmann. Nasales Asthma 280.
Maximilian P. E. Großmann. Rückständige oder schwachsinnige Kinder 471.
Grulee. Diätetische Behandlung der Säuglingstetanie 184, 759 — Eiweißmilch 238 — Gebrauch und Mißbrauch der Kohlehydrate 555 — Obstipation der Säuglinge 748 — Verhältnis der Nebenschilddrüsen zur Säuglingstetanie 759.
Grulee und **Ruhlig.** Wirkung des Natriumbenzoats auf künstlich genährte Kinder 238.
O. Grumbach. Parotitis epidemica und Erkrankungen des Auges 570.
Grunberg. Hereditär-luetisch erkrankte Gehörorgane 292.
Wladimir Grunberg. Heredität und Tuberkulose 759.
Grune. Behandlung der Unterschenkelschaftbrüche 323.
O. Grüner und **Fr. Hamburger.** Tuberkuloseinfektion 441.
B. Grünfelder. Magengeschwüre durch Kali-chlorium-Vergiftung 570.
Grysez, Calmette und **Letulle.** Bazilläre Infektion und Tuberkulose 564.
G. Guédeney. Orthostatische Albuminurie und Cyanose 570.
Gueit und **Maillet.** Infektiöses Ödem 254, 764 — Webersches Syndrom bei tuberkulöser Meningitis 254.
Guérin-Valmale und **Vayssière.** Meningeale Hämorrhagie 250.
P. Guerrieri. Generalisiertes Ekzem 570.
G. Guerrini. Toxizität der Askariden 251, 570.
H. H. Guest und **Th. B. Osborne.** Hydrolyse und Kasein 80.
Gugelot. Pneumokokken-Peritonitis 266.
Guggenheim, Gaucher und **Gougerot.** Akquirierte Syphilis 568.
J. Guiart. Soormetastasen 238.
Paul Guibal. Peritoneale Tuberkulose 570.
Guibé. Darminvagination beim Neugeborenen 266.
M. Guibé und **Ramadier.** Plötzlicher Tod und Thymushypertrophie 664.
L. Guibert. Frühgeburt bei engem Becken 597.
V. Guiffrida-Ruggeri. Gesetze der Vererbung 740.
G. Guignard. Mißerfolg der Antimeningokokken-Serotherapie 251.
Guillaume. Fibrillation der Herzohren 844.
P. Guillaume-Louis. Akute Darminvagination 266, 777 — Deformationen nach Spina bifida 266.
Charles Guille. Livedo 759.
René Guillermin. Zwillinge ungleicher Entwicklung 759.
Guinon. Halbseitiges Lymphangiom der Zunge 691 — Infektionskrankheiten in Schulen 234 — Lungenabszesse durch Pneumokokken 266.
Guinon und **Fauquez.** Darminvagination 266, 777.
Guinon und **Gendron.** Infektiöser Ikterus 570.
Guinon und **F. Moutier.** Thymushypertrophie 185.
L. Guinon Meningeale Blutung 435 — Meningeale Hämorrhagie bei Drüsentuberkulose 251.
L. Guinon und **H. Grenet.** Meningitis durch Meningokokken und Tuberkelbazillen 251, 435.
L. Guinon und **L. G. Simon.** Pneumokokken-Meningitis 570.
M. Guinon. Paratyphischer Ikterus 570.
W. C. Mc Guire und **Edwars A. Park.** Perkussionsmethoden der vergrößerten Thymus 766.
M. Guischard. Augenverletzungen 570.
M. Guisez. Fremdkörper in Trachea und Bronchien 188, 623 — Lateropharyngealer Abszeß otogenen Ursprungs 281, 590.

Pietro Guizzetti. Kongenitaler hämolytischer Ikterus 748.
M. Gukow. Schutzimpfung gegen Scharlach 570.
N. Guleke. Förstersche Operation 692.
Gulliver. Chirurgische Anästhesie durch Hypnose 266.
Gümbel. Nierenaushülsung bei Urämie 51.
Ludwig Gundlach. Kongenitale Pektoralisdefekte 590.
Gundlach und **Moglinicki.** Elektrargol bei Scharlach 852.
A. P. Gundolin. Besonderheiten des Kindesalters 69.
E. F. Gundrum. Akute Poliomyelitis in Kalifornien 521, 759.
Gunnussen. Volksschulenmyopie in Christiania 234.
H. Günther. Leberzirrhose beim Erwachsenen auf Grund kongenitaler Lues 570 — Rohe und gekochte Milch 77, 748 — Schweinerotlauf 838.
Guradze. Orthopädische Chirurgie 206.
Leonhard Guthrie. Chronischer Ikterus und Splenomegalie 760 — Ikterus, Splenomegalie und Anämie 251.
Thomas Guthrie. Nachwachsen adenoider Vegetationen 740, 777.
S. Gutmann. Ösophagusatresie und Ösophagustrachealfistel 777.
Ernst Gutzeit. Bakteriengehalt der Milch 748 — Vermehrung der Bakterien in Milch 77.
G. Guyard. Säuglingsfürsorge 597.
J. Gyoteyko. Vegetarische Diät 736.

Haas. Darreichung von Sublimat an die Mutter 659.
E. Haas. Stündliche Stickstoffausscheidungen und Darmresorption 555.
S. V. Haas. Drüsenfieber 571.
Haase. Aknebazillus 670.
Jonathan Paul Haberern. Kongenitale Divertikel der Urethra 226, 777.
Haberfeld. Epithelkörperchen bei Tetanie 800.
C. Häberlin. Meeresheilkunde, Seehospize und Volksgesundheit 645 — Rolle der Kinderseehospize bei der Tuberkulosebekämpfung 251 — Soziale Kinderfürsorge 646.
M. Hache. Wachstumsstörungen der Tibia 266.
Hachtel und **Hayward.** Hausepidemie von Meningitis cerebrospinalis 351.
Haecker. Allgemeine Vererbungslehre 650.
B. Hadlich. Spontane Harnröhrenblutung 777.
H. Hager. Ziegenmilch 77.
G. Haguet. Hämorrhagie unter der Dura mater 571 — Spontane Hämorrhagien unter der Dura mata 266.
Gaston Haguet. Subdurale Blutungen 760, 777.
Hahn. Brustwarzenhütchen „Infantibus" 238 — Diphtherie-Durchseuchung und Diphtherie-Immunität 633 — Eigenartige Begabung 808 — Nierensyphilis 535.
Benno Hahn. Behandlung der Chorea minor durch Salvarsan 44.
B. Hahn. Prognose der offenen Tuberkulose 454, 571.
H. Hahn. Pachymeningitis haemorrhagica interna 251.
H. Hahn und **F. Lust.** Ausscheidung von eiweiß-, stärke- und fettspaltenden Fermenten beim Säugling 311.
Richard Hahn. Fötale und infantile Nierensyphilis 571.
Haike. Nebenwirkungen des Salvarsans auf das Ohr 292.
H. Haike. Röntgenuntersuchung der Nasennebenhöhlen 707.
R. Halberstadt. Akute Nephritis nach impetiginösem Ekzem 724 — Idiosynkrasie der Säuglinge gegen Kuhmilch 77.
Hale. Kinderernährung 238.
A. Halipré. Athetose 571 — Durchbruch einer Drüsenkaverne in die Trachea 571 — Hämophilie 251 — Hämophilie und Metrorrhagie 572 — Säuglingssterblichkeit 785 — Uterusblutungen bei Hämophilie 760.
A. Halisch. Versorgung stickhustenkranker Kinder 572.
Hall. Status lymphaticus 572 — Zerebrospinalmeningitis 572.
Hall und **Hoag.** Ansteckende Krankheiten in der Schule 551.
Halle. Demonstration 280.
J. Hallé und **Dorlencourt.** Papulotuberkulöses Bromexanthem 183, 623.
J. Hallé und **Schreiber.** Aortenaneurysma 266.

M. Haller. Osteomyelitis beim Säugling 590.
Hamat. Kampferöl bei Lungentuberkulose 454.
Hamaut und **Worms.** Chirurgische Behandlung der akuten Nephritis 587 — Schenkelhalsfraktur bei kongenitaler Hüftgelenksluxation 273.
F. Hamburger. Lordotische Albuminurie 179 — Spätformen der Tuberkulose 173 — Tuberkulinempfindlichkeit beim Kinde 445 — Tuberkulose 427, 435 — Tuberkuloseerkrankung im Kindesalter 427 — Tuberkulöse Exazerbation 435 — Tuberkulose und Kindheit 427.
Fr. Hamburger und **O. Grüner.** Tuberkuloseinfektion 441.
Fr. Hamburger und **R. Montl.** Tuberkulinimmunität 441.
F. Hamburger und **F. Toyofuku.** Immunität tuberkulöser Tiere 441.
H. J. Hamburger. Osmotischer Druck und Ionenlehre 422.
Louis P. Hamburger. Epidemie von septischer Angina im Zusammenhang mit einer Milchquelle 760.
O. Hamburger. Geschichte der infantilen Lähmung 251.
Hamel und **Canaguier.** Akute Peritonitis 190.
Hamilton. Angeborener Analverschluß 266.
A. Hamm. Kongenitale Tuberkulose 430.
O. Hammarsten. Pepsinarme oder pepsinfreie Chymosinlösungen 77.
Sh. Hanashima. Morosche Tuberkulinreaktion 572.
Hanbridge. Ernährung mit unverdünnter Kuhmilch 605.
Hand. Darmantiseptika 160.
A. Hand. Darmantisepsis im Kindesalter 572 — Ernährungstherapie 239.
Ludwig Haendel und **Fred. Neufeld.** Heilwert und Antitoxingehalt des Diphtherieserums 344, 765.
R. Hanne. Kochpasteurisierung 77.
Hannes. Asphyktische und schwere Geburt in Beziehung zu psychischen und nervösen Störungen 818.
Hanns. Familiäre Hämophilie 251.
J. Hansen. Bericht über Dikopshof 77.
P. Hansen. Säuglingssterblichkeit in der Provinz Schleswig-Holstein 229.
O. Hanssen. Kochsalzarme Diät 748.
C. Happich. Schädliche Wirkungen des Kampfers 152.
Francis Harbitz. Akromegalie und Hemiatrophia facialis progressiva 760.
H. A. Harding. Städtische Milchversorgung 78.
H. A. Harding, J. K. Wilson und **G. A. Smith.** Milch 78.
Jenny C. Law Hardy. Staatlicher Kinderschutz in Australien und Neuseeland 597.
H. Harke. Röntgenuntersuchung der Nasennebenhöhlen 281.
O. J. B. Harlez. Poliomyelitis acuta 572.
Harold, Waller und **Genest Walker.** Behandlung der epidemischen Sommerdiarrhöe und des Erbrechens; Salzinjektionen 243.
H. Haerodt. Tuberkulinhautimpfung 572.
Harper. Diphtherie 251.
Harrell. Schulaufsicht zu Norfolk 551.
E. H. R. Harries. Comedonen 572.
J. D. Harris. Röntgenbehandlung des Sarkoms 590.
Harris und **Dock.** Schutzpockenimpfung in den Schulen zu St. Louis 234.
N. G. Harry. Ovarialzyste 266.
K. Hart. Experimentelle Erzeugung der Müller-Barlowschen Krankheit 555 — Fortbildung der schulentlassenen Jugend 427 — Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem 449 — Möller-Barlowsche Krankheit 748 — Thymusstudien 548.
K. Hartelust. Nährmittel- und Kohlehydratentziehung bei Diabetes mellitus 216.
E. Hartje. Einfluß des Zuckers auf die Darmflora 78. — Meningitis basilaris posterior 637, 847.
E. Hartmann. Urachuszysten 590.
G. Haerttel. Thymustod 572.
Hartze. Einfluß des Zuckers auf die normale Darmflora 358.
Harvier und **Ribadeau-Dumas.** Degeneration der Nebennieren und der Drüsenparenchyme 768.
P. und **L. Harvier** und **Ribadeau-Dumas.** Degeneration der Nebennierenkapseln und der Drü-

senparechyme bei akuten Infektionen 581.
K. Hasebroek. Bedeutung des Schultergürtels 190.
H. D. Haskins und **H. J. Gerstenberger.** Kalkstoffwechsel und Tetanie 555.
L. Haskovec. Hygienische Schulaufsicht 656.
H. Hassanîè-Dschalaljanz. Geburten von über 4000 g schweren Kindern 548.
J. F. B. van Hasselt. Pepsinchymosinfrage 78.
Hatch. Akute Pyelitis 777.
E. Hauck und **L. Meyer.** Rupturen der Dura mater 592.
Hauptmann. Serologische Untersuchungen von Familien syphilogener Nervenkranker 818.
Hans Hauser. Atresia duodeni 266, 777.
P. Haushalter. Dementia praecox 227, 760 — Littlesche Krankheit 572.
P. Haushalter und **P. Hoche.** Kongenitale Neubildung des Hirns 266.
Haussen. Gefahren der Hydrotherapie beim Kind 231.
Ellis Havelock. Rassenhygiene und Volksgesundheit 860.
J. B. Hawes. Freiluftschulen 234.
J. Hawes. Tuberkulose beim Kind 449 — Tuberkulosebekämpfung in Massachusetts 449.
J. B. Hawes und **G. S. C. Badger.** Freiluftschulen und Hospitalschulen 233.
Hayashi. Pathologische Anatomie und Pathogenese der Zyklopie 2 — Stauungslunge bei Offenbleiben des Ductus Botalli **224** — Berichtigung zur Arbeit **420.**
E. Hayashi und **Matsuoka.** Angeborener Hochstand der Schulterblätter 777 — Knochengerüste der kongenital verrenkten Hüftgelenke 777.
Haynes. Ätiologie der Hämorrhagie der Neugeborenen 748.
R. St. Haynes. Verhütung der ansteckenden Krankheiten 165, 760.
Haythorn und **Lahey.** Ovarialkarzinom 268.
Hayward und **Hachtel.** Hausepidemie von Meningitis cerebrospinalis 351.
H. H. Hazen. Pemphigus foliaceus und Dermatitis exfoliativa 724.
Hecht. Atrioventrikuläre Automatie bei postdiphtherischer Herzschwäche 620 — Poliomyelitis anterior acuta 11 — Postdiphtherische Herzstörung 198.
A. F. Hecht. Extrasystolen 705.
Adolf F. Hecht und **Rudolf Pollak.** Störung der Reizleitung am Herzen 699.
Hecht und **Sperk.** Bradykardie nach Diphtherie durch partiellen Herzblock 194.
R. Hecker. Periodisches Erbrechen mit Azetonämie 555.
B. D. van Hedges. Kontaktinfektion bei ansteckenden Krankheiten 760.
S. G. Hedin. Labzymogen des Kalbsmagens 78 — Spezifische Hemmung der Labwirkung 78.
F. Heeger. Steigerung des Knochenwachstums 548.
van der Heide. Akute Anilinintoxikation 845.
M. Heidermann. Gewichtsschwankungen Neugeborener 555.
Gg. Heidsieck. Nachweis des Soorpilzes in diphtherieverdächtigen Rachenabstrichen 570.
Heilbronn. Retrobulbäre Zyste der Nasenschleimhaut 2.
Paul Heim. Herpes zoster und Varizellen 724, 760 — Konstitutionslehre 435 — Wirkung des Rohr- und Milchzukkers beim Kinde **134.**
P. Heim und **M. K. John.** Kaseinangereicherte Kuhmilch 210. — Kaseinfettangereicherte Kuhmilch als Dauer- und Heilnahrung **621.**
Heiman. Behandlung der Sommerdiarrhöe 748 — Eiweißmilch bei Durchfällen der Kinder 19.
E. A. Heimann. Schielen und Schielbehandlung 624.
Fritz Heimann. Icterus neonatorum 570, 748.
H. Heimann. Eiweißmilch 555.
Heinemann. von Prowazeck-Halberstädtersche Körperchen 356.
Paul Heinrichsdorff. Phimose und Nierenerkrankungen 531.
Heissler und **Schell.** Nahrungsmitteltabelle 651.
Heitz-Boyer. Marion Hovelaeque und **Cunéo.** Blasenexstrophie 775.
H. Heizer. Asthma bronchiale 570.

L. Hektoen und **H. E. Eggers.** Experimentelle Masern beim Affen 37, 570.
L. Hektoen und **G. H. Weaver.** Übertragung von Scharlach auf Affen 570.
H. Helbig. Physiologie der Milchsekretion 78.
Rudolf Held. Kurzsichtigkeit in Münchener Fortbildungsschulen 742.
Karl Helle, Paul Th. Müller und **H. Poda.** Schwankungen in der Zusammensetzung der Milch 748.
Hellendall. Credeisierung 570.
Heller. Epileptische Sprachstörung 800 — Strabismus 31.
F. Heller. Fieberhafte Temperaturen bei neugeborenen Kindern 214.
I. M. Heller. Strabismus 251.
Hellmann. Behandlung des Keuchhustens mit Bromotussindämpfen 251.
E. Hellmer. Niederösterreichische Landes-Findelanstalt in Eggenburg 597.
H. F. Helmholz. Duodenalulcus 266 — Kochsalzfieber 555.
Helwig. Seeklimatische Kuren 300.
Hugo Hempel. Rhino-Laryngologie des Kindes 570.
Hempstead. Pflege des Neugeborenen 740.
P. Hendel. Impfschädigungen des Auges 570.
Henderschee. Körperliche Eigenschaften normaler und anormaler Schulkinder 811.
Henderson. Malaria 314.
Hendrix. Abreißen des unteren Femurendes 266.
G. Hendrix. Kongenitaler Klumpfuß 266.
Henke und **Reiter.** Hämolytische und anhämolytische Streptokokken in ihrer Bedeutung für die Pathologie der Tonsillen 840.
H. Henneberg. Zahnfrage 234.
W. Henneberg. Yoghourtpräparate 78.
Henneberg und **Kirsch.** Plattfuß in der Volksschule 323.
H. Hennes. Krankhafte Ermüdung im Kindesalter 551.
Hennicke. Augenerkrankung bei Myxödem 2, 251.
A. Henning. Chronisches Trophödem 570.
Henrotay. Supplementäre Mammilla 740.
Henschen. Überpflanzen normaler mütterlicher Schilddrüse bei myxidiotischen Kindern 760.
G. Hepner. Eitrige Erkrankungen der Harnwege 570.
Joseph Herb. Tuberkulose in der frühesten Kindheit 760.
Herber. Schulsanatorium in Frankfurt am Main 234.
O. Herbst. Stoffwechsel im Knabenalter 460.
W. Herdener. Angeborene Fehler der linken Herzhälfte 570.
Fr. Hernaman-Johnson. Behandlung der Kinderlähmung 570 — Infantile Paralyse 266 — Poliomyelitis anterior acuta 251.
Heron. Schulhygiene 234.
Héron und **A. Orrillard.** Darminvagination 266.
A. Herpin. Zähne bei der Geburt 231.
Herrenschmidt, P. Delbet und **Beaunay.** Chloroformnarkose und Nebennierenkapseln 589.
A. Herrgott. Frühgeborene 239.
Herrmann. Kontagiöse Erkrankungen 839.
C. Herrmann. Säuglingsbeobachtungen 231.
Ch. Herrman. Stillprämien und Milchküchen 597.
Edmund Herrmann. und **Julius Neumann.** Lipoidgehalt des Blutes von Frauen und neugeborenen Kindern 740.
C. Hertha. Ziegentuberkulose 570.
C. Herthy. Ziegentuberkulose 439.
E. Hertoghe. Koma bei Myxödem 846.
Hertz. Komplementablenkung in Echinokokkusfällen 636 — Kongenitale Dyschezie 308 — Sensibilität des Magendarmkanals 455.
Arthur F. Hertz. Kongenitale Dyschezie 777.
R. Hertz und **O. Thomson.** Untersuchung der skrofulösen Kinder des Küstenhospitals 435.
Morton Hervitt. Akute Poliomyelitis 570.
Herzhelmer und **Altmann.** Tuberkulöser Prozeß nach Salvarsaninjektion 441.
Henriette Herzfelder. Recht des unehelichen Kindes im neuen schweizerischen Zivilgesetzbuch 598.
Heschl. Rezidivierende Mastoiditis 292.

Heß. Bakterium Coli als Eitererreger 602 — Duodenalkatheter 394 — Duodenalkatheter zur Diagnose und Behandlung von Erbrechen 302 — Duodenalkatheter bei Icterus neonatorum 612 — Dyspepsie bei Säuglingen 748 — Kalorienbedarf frühgeborener Kinder 21 — Kühles Bett 598 — Kulturen aus dem Säuglingsduodenum 748 — Poliomyelitis 521 — Tuberkelbazillengehalt der Milch 78 — Winterkuren in Kinderheilstätten 645.
Alfred F. Heß. Kühlbett für Säuglinge 748.
A. Heß. Tuberkelbazillenhaltige Milch 439.
Gustav Hesse. Resorption der Milchzahnwurzeln 740.
Hesse. Gerbersche und Funkesche Katalaseprüfer 78 — Operative Therapie der hochgradigen Myopie 2.
Hesse und **W. D. Kooper.** Peroxydase 78.
Hesselberg. Menschliche Schilddrüse in der fötalen Periode 548.
Walter Hetzer. Stomatitis bei Scharlach und Scharlachrezidive 760.
Otto Heubner. Chronische Nephrose 377 — Nachruf für Hugo Neumann 546 — Organisation der internationalen Kongresse für Säuglingsschutz 598 — Pathologie der rheumatischen Infektion 60 — Reden und Abhandlungen 332 — Veranlagung und Entwicklung des Kindes 570.
Heulz. Kongenitaler Pemphigus 777.
Hugo Heuner. Anaphylaktische Methode 78, 748.
Maunu af Heurlin. Vererbung der Antikörper auf die Nachkommen 740.
Hewlett. Infantilismus bei Hypophysenerkrankung 180.
Hewlett, Villar und **Rewis.** Zellelemente in der Milch 78.
N. J. Heybroek. Rolle der Neuropathie bei körperlichen Leiden 760.
J. F. Heymans. Tuberkulose und Milch 555, 760.
Higgs. Tonsillenerkrankung, Rheumatismus und Herzfehler 251.
Higguet und **A. Fallas.** Operation der adenoiden Vegetationen 266.
Higier. Angeborene und familiäre zerebrale Diplegie 791.
Herm. Hildebrandt. Moderne pharmakotherapeutische Bestrebungen 740.
Hill. Diagnose der Pneumonie 571 — Spasmus nutans 251 — Sterblichkeit bei Diphtherie in den Vereinigten Staaten 344 — Vitiligo nach Scharlach 668.
H. K. Hill. Spasmus nutans 571 — Vitiligo 724.
Hill und **Goddard.** Intelligenzprüfung nach Binet 808.
Hillard und **Stowell.** Streptokokken der Milch und des menschlichen Rachens 602.
Hillenberg. Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose 429 — Tuberkulinprüfung in den Schulen 449.
S. Hillier. Epidemische Poliomyelitis 251.
Hillion und **F. Terrien.** Kongenitale spastische Retraktion des oberen Augenlides 783.
Hillkowitz. Ätiologie und Pathologie der Kinderlähmung 522.
C. Himmel. Milchversorgung von Davos 78.
O. Hinrichsen. Epileptisches Irresein 571.
H. Hinselmann. Angeborene Sekretstauung in den Talg- und Schweißdrüsen 724.
A. Hintze. Nachweis von intravenös eingeführtem artfremdem Eiweiß 571.
W. Hintze. Mongoloide Idiotie 571.
W. Hirokawa. Prolaps der Harnblase bei Pertussis 314, 571.
Hirsch. Jodoformintoxikation 293.
C. Hirsch. Behandlung des Nabelschnurrestes 571.
Max Hirsch. Keuchhusten 760.
M. Hirsch. Schulzesche Schwingungen 176.
Hirschfeld. Behandlung der Meningitis 571.
H. Hirschfeld. Polyzythämie und Plethora 618.
L. Hirschlaff und **F. Kemsies.** Schulbank 235, 551.
L. Hirschstein. Säureretention als Krankheitsursache 230.
Ludwig Hirschstein. Schwefel und Stickstoff in Nahrungsmitteln 408.
Hirtz. Waldschulen und Erholungsstätten 646.

Karl Hittcher. Prüfung und Beurteilung der Kindermilch 748.
Hoag. Behandlung der Kinderlähmung 522 — Prophylaxe im Kindesalter 231, 548 — Schulhygiene 551.
Hoag und **Hall.** Ansteckende Krankheiten in der Schule 551.
Hobbs. Cholera infantum 555.
P. Hoche und **P. Haushalter.** Kongenitale Neubildung des Hirns 266.
Carl Hochsinger. Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause 857 — Skrofulose 527.
C. Hochsinger, B. Gomperz und **R. Neurath.** Festschrift für M. Kassowitz 857.
A. Hoek. Tuberkulose 435.
Hodges. Berührungsinfektion bei ansteckenden Krankheiten 166.
C. A. Hodgetts. Poliomyelitis anterior acuta 251.
Hodgetts. Statistik der Kinderlähmung 11.
Hodgon. Schilddrüsensubstanz gegen Serumexanthem 345.
Hodskins. Poliomyelitis 522.
P. A. Höfer. Intrazelluläre Einschlußkörper bei Scharlach 35, 353.
Th. Hoffa. Kleinkinderpflege 598 — Säuglingsfürsorge in Barmen 275.
Hoffmann. Duodenal-Dünndarmatresie 777.
A. Hoffmann. Schädelimpression 266.
H. Hoffmann. Diagnose und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit 590.
K. Hoffmann. Röntgenologische Größenbestimmung des Magens 555.
Ludwig Hoffmann. Mißbildungen der oberen Extremität 777.
Paul Hoffmann. Maligne Uterustumoren 777.
Rudolf Hoffmann. Anaphylaxie und interne Sekretion 279.
A. Hofmann. Romauxan 555.
H. Höft. Cornalbas Regel von Konstanz löslicher Bestandteile 78 — Spezifisches Gewicht der Labmolken 78.
M. Hohenadel. Yoghourt-Trockenpräparate 748 — Kefir und Yoghourt 78.
M. Hohlfeld. Aussichten der Säuglingsfürsorge 51.
Hohlfeld. Rindertuberkulose und Kindertuberkulose 439.
Hohmann. Hüftschaukelsitz zur Behandlung der Lumbalskoliose und Lumballordose 318.
W. B. Holderneß. Katarrhalischer Ikterus in epidemischer Form 251.
Holland. Melaena neonatorum 239.
P. Holländer. Dementia praecox 251, 571, 808.
R. Hollmann. Verlauf von Tuberkulinreaktionen bei Tag und Nacht 571, 628.
Holmes. Ärztliche Schulaufsicht 234 — Geistesstörungen bei Kindern 251 — Schulhygiene 742.
G. Holmgren. Otitis media perforativa bei Scarlatina 571.
J. Holodynski. Vakzinephthalmie 855.
Holst und **Frölich.** Experimenteller Skorbut 360.
Holt. Okulte Meningitis 351.
J. Honigmund. Milch maul- und klauenseuchekranker Kühe 748.
Hoobler. Ablesung des systologischen und diastolischen Blutdruckes 653 — Bett für Stoffwechselversuche 611 — Mineralsalze in der Kinderdiät 163.
R. Hoobler. Mineralstoffwechsel 555.
Hoobler und **Howland.** Blutdruck bei Pneumonie 617.
E. T. Hopkins. Sequester des Labyrinths 266.
O. L. Hopper und **A. Gregor.** Poliomyelitisepidemie in Cornwall 251.
Richard Horn. Rechtsstellung der Putativkinder 333.
Horn. Sprachdefekte 251.
J. Hornowski. Entstehung der angeborenen Zystenniere 590.
Horsley. Dünndarminvagination 778.
Horst und **Lessing.** Antiformin-methode für den Tuberkulosenachweis 348.
C. E. Hort und **W. J. Penfold.** Gefahren der Salzinjektionen 239.
J. Horwitz. Holocardius paracephalus cyclops 590.
F. Hoesch. Diphtheriebehandlung 35.
J. Hösl. Tryptische und peptische Spaltung des Kaseins 555.
Hans Hösli. Fürsorge für dürftige Kinder in Paris 785.

R. v. Hösslin. Abhängigkeit der Albuminurie vom Säuregrad des Urins 555.
H. v. Hoesslin und **T. Kashiwado.** Fettstühle 555.
L. J. R. Hosteing. Consultations de nourrissons 598.
Hoestermann. Zerebrale Lähmung bei intakter Pyramidenbahn 791.
Fr. Hoth. Kongenitaler partieller Ulnadefekt 590.
G. Hotz. Jodbehandlung der Tuberkulose 630.
S. C. Hounsfield. Polioencephalomyelitis 252.
Marion Hovelacque, Heitz-Boyer und **Cunéo.** Blasenexstrophie 775.
Arthur E. Howard. Bedeutung von Milchstationen für die Säuglingssterblichkeit 598, 785.
Howard und **Wolbach.** Kongenitale Obliteration der Gallengänge 266.
Howland. Chemismus und Energieumsatz bei schlafenden Kindern 239 — Säuglingsernährung 555.
Howland und **Cooke.** Stoffwechselbett 22.
Howland und **Hoobler.** Blutdruck bei Pneumonie 617.
H. M. Höyberg. Abnorme Menge von Leukozyten 78.
Hoyt. Bronchopneumonie 571.
B. Hozada Echenique. Permanente Pulsverlangsamung 844.
Hübener. Anästhesie 293.
Francis Huber. Dränage der Pleuralhöhle 571 — Empyem 571, 760.
J. B. Huber. Pränatale und infantile tuberkulöse Anlage 252.
Huber. Drainagerohr in der Pleurahöhle und Fluoroskopie 51.
Huber, Aviragnet und **Blechmann.** Angina diphtherna maligna 313 — Embolisches Gangrän nach maligner diphtherischer Angina 371 — Embolisches Gangrän einer Extremität im Anschluß an maligne Rachendiphtherie 753.
Huber und **Richardière.** Offenes Foramen interventriculare 640 — Öffnung im Septum ventriculorum mit Fehlen der Pulmonalarterie 183.
H. Hubert. Bedeutung der Wägung 555.
Hübner und **Walter.** Trichorrhexis nodosa 724.
C. Huet. Bekämpfung der Phthiriasis in Hâvre 551.
W. K. Hughes. Talipes valgus 266.
L. Huismans. Varizellen und ihre Komplikationen 571.
Hüls. Schule und Diphtherie 344.
Hulst. Pathologie der Chorea 760.
H. F. E. Hulton und **J. L. Baker.** Milch 74.
Hummel. Ödem bei Kindern 555.
E. M. Humphery. Gastro-intestinale Blutungen beim Neugeborenen 239.
R. Hunt. Einfluß der Schilddrüse auf die Ernährung 555.
J. M. Hunt. Tuberkulöse Laryngitis 252.
Huntemüller. Bakteriologische Choleradiagnose 339 — Toxine und Antitoxine der Choleravibrionen 339.
O. F. Hunziker und **G. Spitzer.** Chemische Zusammensetzung des Butterfettes 78.
Ferdinand Hueppe. Trockenmilch 748.
L. Huré. Consultations de nourrissons 275.
W. Hurvald. Forensische Bedeutung der Familienähnlichkeit 548.
J. Husler. Lingua geographica 571.
J. Husler und **W. Alwens.** Röntgenuntersuchungen des kindlichen Magens 745.
Husler und **Braun.** Untersuchung der Lumbalpunktate 624.
Alfred Hüssy. Sonnen- und Freiluftbehandlung der chirurgischen Tuberkulose 760, 828.
R. Hutchinson. Erkrankung des Harnapparates 252.
C. J. Hutin. Hospice I. B. Thierry in Maxéville-Nancy 598.
V. Hutinel. Bazillämie und Typho-Bazillose 252 — Bronchiektasie bei Kindern 435 — Bronchopneumonie 252 — Chorea 760 — Chronische Mediastinitis 252, 760, 848 — Erytheme malignen Charakters bei Infektionskrankheiten 571 — Fettsucht 252 — Herzstörungen nach schweren Infektionskrankheiten 252 — Koinzidenz von Masern und Scharlach 252 — Lungenkongestionen 252 — Meningitis beim Säugling 760 — Mongolismus 252 — Mumps 355 — Nephritisbehandlung 252 — Parotitis epidemica 252, 571 — Pleu-

ritis bei Gelenkrheumatismus 252 — Tuberkulöse Nephritis 252 — Zerebrospinal-Meningitis 252.
V. Hutinel und **L. Babonneix.** Littlesche Krankheit 252, 571.
Hutinel und **Nobécourt.** Akute Kolitis 748.
Hutinel und **Léon Tixier.** Diagnose der Tuberkulose 760 — Latente Tuberkulose 571.
C. W. Hutt. Ernährung der Schulkinder in England 234.
Robert Hüttemann. Kongenitale Ptose 778.
Hüttemann. Plosis congenita mit Heredität 2.
Friedrich Hüttenbach. Trichobezoar des Magens bei Infantilismus 615.
C. Huyge und **L. Marcas.** Ammoniak der Milch 79.
Hyde. Ärztliche Schulaufsicht 234.
Hymanson. Tuberkulose bei kleinen Kindern 678.
E. G. Hynes. Flexnersches Serum bei der Zerebrospinal-Meningitis 571.

F. Jaeckel. Kutane Tuberkulinreaktion 573.
E. Jacob. Diphtherie und Schule 572.
L. Jacob. Entfettung durch Milchkuren 78.
P. Jacob. Tuberkulose auf dem Lande 449.
P. Jacob und **M. Klopstock.** Übertragung der Tuberkulose durch Fliegen 439.
Jacobi. Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit 646.
Jacobs. Klinik und Behandlung der Poliomyelitis 522.
Eugen Jacobsohn. Mißbildungen der Zehen 778.
Clara Jacobson. Bluttransfusion bei parathyreopriver Tetanie 572.
M. Jacoby. Fermente und Antifermente 78.
N. Jacoubowitsch. Blutuntersuchung bei Pneumonie 572.
P. Jacques. Prophylaxe der Taubheit bei Schülern 234.
J. Jadassohn. Morosche Tuberkulinprobe 572.
R. Jaffé. Säureagglutination und Normalagglutination der Typhus-Coli-Gruppe 634.
Oskar Jaeger. Salvarsanbehandlung der schwangeren Mutter 760.
O. Jäggi und **J. Thomann.** Katalasebestimmung der Milch 78.
G. Jagotè-Lacoussiere. Homogenisierte und sterilisierte Milch in Beziehung zum infantilen Skorbut 556.
Ad. Jalaguier und **L. Lamy.** Behandlung angeborenen Schiefhalses 590 — Kongenitale Torticollis 320 — Torticollis 778.
L. H. M. Jamault. Behandlung des Tumor albus 591.
Jamin. Spasmophilie 800.
F. Jampolsky. Metastatische Ophthalmie nach Zahnextraktion 667.
Walther Jaenicke. Augenveränderungen bei Turmschädel 643, 761.
W. Janowski. Interkostale Neuralgie 572.
A. K. Janowsky. Tuberkulöse Spondylitis 223.
Willaume Jantzen. Rezidivierende Mastoiditis 293.
H. Januschke. Therapeutisches Versagen mancher Arzneimittel 698 — Tuberkulid nach Masern 197.
Japha. Nachruf auf Hugo Neumann **141.**
Jarricot. Consultations de nourrissons 275.
Jarricot und **Fabre.** Hämaturie beim Neugeborenen 757 — Mißbildung beider Hände bei Mutter und Kind 589, 776.
Rud. Th. Jaschke. Technik der Ernährung der Neugeborenen 566, 606.
Jatelli und **Prasek.** Tierpathogene Bazillen der Influenzagruppe 350.
Ibrahim. Behandlung der hypertrophischen Pylorusstenose 748 — Kaseinklumpen in den Fäzes 78 — Respiratorische Affektkrämpfe 572, 800 — Tetanie der Sphinkteren, der glatten Muskeln und des Herzens 800 — Tuberkulöse Infektion im frühen Kindesalter 572.
G. Jeanneau. Postdiphtherische Hemiplegie 572.
Cyrille Jeannin. Vakzination beim Neugeborenen 232, 761.
Jeanselme. Salvarsan bei der stillenden Mutter 252, 572.
E. Jeanselme, A. Vernes und **Bertrand.** Milch von salvarsanisierten Ziegen bei Syphilis 239, 761.

W. M. Jeffreys. Infektion des Harnes durch coliforme Bazillen 252.
A. Jeffreys Wood. Kinderkrankheiten 773.
R. Jemma. Leishmansche Anämie **321**, 484.
Jendrassik. Knabengeburtenüberschuß 232.
Edward Jenners. Ursachen und Wirkungen der Kuhpocken 420.
M. Jerusalem. Sonnenlichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose 454.
Jesionek. Salvarsanmilch 78.
F. Jessen und **L. Rabinowitsch.** Löslichkeit der Tuberkelbazillen 441 — Tuberkelbazillen im Blut 435 — Vernichtung von Tuberkelbazillen durch Flußläufe 441.
L. Jessner. Hautveränderungen bei Erkrankungen der Leber 761.
Igersheimer. Skrofulose, Lymphatismus und exsudative Diathese 435 — Wirkung des Salvarsans auf das Auge 2.
W. Jilke, H. Schellbach und **H. Willecke.** Wasserstoffsuperoxydhaltige Milchkonservierungsmittel 751.
Imbeut und **Bonnamour.** Diuretische Wirkung des Chlorkalziums 552.
V. Imerwol. Pericarditis purulenta 218, 619.
R. Imhofer. Rezidive nach Adenotomie 281.
K. Imminger. Schenkelhalsfraktur 591.
J. Inaba. Bordet-Gengouscher Keuchhustenbazillus 373, 635.
L. Ingelrans. Familiäre amaurotische Idiotie 252.
Joachimsthal. Behandlung angeborener Hüftverrenkungen 539 — Fürsorge der Stadt Paris für Knochen- und Gelenkstuberkulose 454 — Osteogenesis imperfecta 541 — Störungen der periostalen und endochondralen Knochenbildung 320.
Jobling. Pathologie der Poliomyelitis 522.
Jochmann. Behandlung der örtlichen chirurgischen Tuberkulose 454 — Immunotherapie bei Scharlach 466, 530, 831 — Serumbehandlung der epidemischen Genickstarre 351.
Joedicke. Kochsalzarme und kochsalzreiche Nahrung bei Epilepsie 800.
Jödeike. Oxyuris vermicularis 666.
Axel Johannessen. Akute Poliomyelitis in Norwegen 502 — Poliomyelitis acuta in Norwegen **424.**
Mc Coy John. Stirnlappenabszeß 281.
M. K. John und **P. Heim.** Kaseinangereicherte Kuhmilch 210 — Kaseinfettangereicherte Kuhmilch als Dauer- und Heilnahrung **621.**
Johnson. Ernährung und Pflege armer Säuglinge 556.
W. T. Johnson jr. und **S. H. Ayers.** Milch 74.
W. Johnson, E. W. Saunders, T. W. White und **J. Zahorsky.** Pertussisvakzine 314, 769.
E. Joltrain. Ätiologie der Pneumonie und Bronchopneumonie 572.
A. Jonass. Ehrlichsche Aldehydreaktion bei Kreislaufstörungen 183.
Jones. Ärztliche Schulaufsicht 234.
R. Jones. Operative Behandlung der Kinderlähmung 252, 266.
De Jong und **Triboulet.** Achondroplasie 616 — Pseudodarmverschluß und Pneumokokkenseptikämie 176.
W. Jordan. Infantiler Skorbut und sterilisierte Milch 556 — Rheumatoide Arthritis 591.
J. M. Jorge. Agenisie der Incisivi 267 — Prolaps des Darmes 778.
Jörgensen. Nachweis von Tuberkelbazillen im Sputum 445.
Helmut Joseph. Nephrolithiasis 267, 778.
H. Josephy. Rüsselbildung bei Zyklopie 591.
J. Ioteyko und **Varia Kipani.** Muskelsinn und Sehfähigkeit bei der Handschrift 743.
E. Jouon. Fraktur des Astragalus 591.
P. Jourdanet. Behandlung der Frostbeulen 572.
Jourdanet. Livedo annularis 221, 623.
A. Jovane. Hämorrhagie der Nebenschilddrüsen und Tetanie184.
Joyeux. Kongenitales Fehlen des Rektums 778.
Iribarne. Hysterische Larynxparalyse 252.

G. Isaaklanz. Sporadischer Kretinismus 572.
Iselin. Entwicklung des Hohlfußes 778.
Hans Iselin. Konservative Behandlund der Drüsentuberkulose 761.
R. Isenschmid. Schilddrüse im Kindesalter 548.
Ishiware, Kraus und **Winternitz.** Verhalten embryonaler Zellen gegenüber Nabelblut 151.
P. Israel. Schwere Asphyxie bei Reposition eines Nabelbruches 591.
H. Isserliss-Schwartz. Körpergewicht und Ödeme bei Nephritis 572.
C. Juarros und **J. G. Del Diestro.** Hysterie 252.
Judet. Behandlung des kongenitalen Klumpfußes 267 — Unblutige Behandlung bei Hüftgelenksluxation 267.
Juman. Mischinfektion bei Lungentuberkulose 348.
J. Jundell. Ätiologie und Pathologie der Influenza 572.
I. Jundell und **K. A. E. Fries.** Anstrengungsalbuminurie 366, 572.
P. Junghans. Pepsin und Trypsin im Mageninhalt 556.
Paul Jungmann. Streptokokken bei Scharlach 573, 761.
Paul Jungmann und **Emil Reiss.** Rekonvaleszentenserum bei schweren Scharlachfällen 257, 768.
F. Junker. Tuberkulinbehandlung 680.
Junius. Ätiologie des Trachoms 356.
Iversen und **Tuschinsky.** Neosalvarsan bei Malaria tertiana 841 — Salvarsan bei Malaria 357.
H. Iwata. Mißbildung des äußeren Ohres 778.

J. Kach. Thymustod 573.
G. Kagan. Technik der Viskositätsbestimmung 556.
S. Kahn. Addisoniische Krankheit und Hyperplasie der lymphatischen Apparate und der Thymusdrüse 573.
E. Kahn. Farbenunterscheidung 548, 808.
J. J. Kaiser. Chronische Dacryocystitis 267.
M. S. Kakels. Darminvagination 267.
N. M. Kakuschkin. Topographie des Nabels bei Frauen und Neugeborenen 209.
Aser Kaminzer. Puericulture bei Griechen und Römern 275, 598.
Kämmerer. Koedukation an den höheren Schulen Württembergs 234.
C. Kampmann. Nervöses Kind 743.
Kandutsch. Heine-Medinsche Erkrankungen in Otsch-Landsberg 353.
Richard Kantor. Naevus linearis systematicus 724.
S. Kaplan. Angeborener Defekt der Vagina 591.
Itaru Karashima. Situs viscerum totalis 778.
Karsner und **Dixon.** Epidemiologische und ätiologische Arbeiten über akute Poliomyelitis 10.
Seiji Kaschiwabara. Die durch Diplokokken verursachte diphtherieähnliche Pharyngitis und Laryngitis auf Formosa 761.
T. Kashiwado und **H. v. Hoesslin.** Fettstühle 555.
Kaspar. Säuglingstyphus 337.
M. Kassowitz. Osteochondritis rachitica 306.
Kassowitz und **Langstein.** Gemüsekost im Säuglingsalter 393.
R. P. van de Kasteele. Einfluß des künstlichen Pneumothorax auf die Atmungsmechanik **585.**
Otto Kastner. Körpervolumen und spezifisches Gewicht von Säuglingen 22.
H. Kathe. Sommerklima und Wohnung in Beziehung zur Säuglingssterblichkeit 155, 598.
M. M. Katzenellenbogen. Kochsalzfieber 608.
Katzmann. Angeborene hypertrophische Pylorusstenose 239.
S. Katznelsohn. Darminvagination 591.
H. Kaufmann. Kasuistik und Genese der Sirenmißbildungen 591.
Kauffmann und **Grossard.** Adenektomie 266 — Komplikationen der Adenektomie 280, 590.
J. Kaufmann und **H. R. M. Landis.** Venengeräusche im Kindesalter 574, 740 — Venöses Schnurren 152.
M. Kaufmann-Wolf. Embryologische und anatomische Beiträge zur Hyperdaktylie 591.

Alfred Kaul. Abnorm schwere Neugeborene 740.
L. Kaumheimer. Zusammenhang von Gesichtslage und spontaner, infantiler Geburtslähmung **455.**
Kaup. Säuglingssterblichkeit und Auslese 698.
Walther Kaupe. Sommerhitze und Säuglingssterblichkeit 785.
R. Kayser. Ersatz für den Lärmapparat 293 — Familiäres Auftreten postdiphtherischer Lähmungen 573.
W. E. Mc Keehnie. Lungen- und Leberabszeß 778.
A. Keck. Zwerchfellhernien 591.
Mr. Keen. Plötzlicher Tod nach Injektion von Diphtherieantitoxin 344.
de Keersmaecker. Tuberkulin 825.
Richard Keil. Cyklopie 778.
Keiner. Röntgendiagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose 403.
John R. Keith. Behandlung der Serumkrankheit bei Diphtherie 252.
M. Kelerworm. Angeborener Klumpfuß 591.
C. Keller. Geburtshilfe und Säuglingssterblichkeit 192.
H. Keller. Prophylaxe und Physiotherapie der Tuberkulose 449.
Kelley. Dränage des akuten Empyems 267.
Kellner. Hamburger Idioten- und Epileptikeranstalt in Alsterdorf 230.
O. Kellner, E. Weiniger und **R. Neumann.** Getrocknete Hefe als Futtermittel 78.
Brown Kelly. Angeborene Insuffizienz des Gaumens 281.
H. Kemmetmüller. Spasmophilie 705 — Tetanie. Dauerspasmen 702.
F. Kemsies. Hygiene im Lehrplan der Schule 235.
F. Kemsies und **L. Hirschlaff.** Schulbank 235, 551.
A. Kendall. Bazilläre Dysenterie 556.
A. J. Kendall und **A. W. Walker.** Bazilläre Dysenterie 556.
A. J. Kendall und **R. M. Smith.** Gasbazillus im Stuhl 556.
R. Kennedy. Chirurgische Behandlung der Muskellähmung 252 — Diagnose der Poliomyelitis 522 — Poliomyelitis anterior acuta 11.
Kennedy, Cowan und **Fleming.** Herzblock bei Infektionskrankheiten 311.
Klara Kennerknecht. Pyrogallolsalbe bei Spina ventosa 173 — Tuberkelbazillen im strömenden Blut 573, 761.
J. H. Kenyon. Empyembehandlung 267.
Ker. Appendizitis 591.
W. Kerl. Neosalvarsan 724.
Kerley. Erziehung von nursery maids in Amerika 52 — Diätetische und Allgemeinbehandlung des Abdominaltyphus 313, 761 — Operation der Tonsillen und Adenoiden 267 — Radikalentfernung der Tonsillen und Adenoide 591 — Typhusbehandlung 252.
W. Kern. Umbau der Nebenniere im extrauterinen Leben 15.
Kerner. Mortalität der Dementia praecox 808.
Le Grand Kerr. Bewußtseinsstörungen 250 — Epistaxis 250 — Hemiplegie bei Pertussis 250 — Laryngeale Stenose 250 — Verhütung der Sommerdurchfälle 238 — Bauchschmerzen 602 — Diagnostische Bedeutung der Nackenmuskelrigidität 252 — Präkonzeptionelle, intrauterine und kongenitale Momente bei der Erzeugung minderwertiger Kinder 232 — Stomatitis 573.
M. Kerscher. Kongenitale Tuberkulose 573.
Michel de Kervily und **A. Branca.** Hodenectopie 778.
de Kervily und **Bonnaire.** Mißbildung der eingeklemmten Hernie 262.
L. Kettler. Ernährung in Genf 556.
B. Khalatoff. Bantische Krankheit 573.
B. Khalatoff und **E. Méroz.** Tuberkulinreaktion 764.
C. W. Khlopine. Schulkrankheiten in russischen Mittelschulen 235.
Gottlieb Kiär und **Klein.** Narkose bei Adenotomie 280.
J. F. Mc. Kie und **A. J. J. R. Rooks Carlson.** Erzeugung von Hyperthyreoidismus 258.
H. Kiendl. Zirkuläre Karies der Milchzähne und Tuberkulinreaktion 445.

Kilduffe, Veeder und **Denny.** Bakterielogie der akuten Darmerkrankungen 659.
G. Killian. Bronchoskopie 32 — Nasale Reflexneurosen 281.
Kilmer. Narkose 778.
Fr. Kindt. Retroperitoneales Sarkom 642.
King. Adenoide Wucherungen 573 — Darminvagination 591 — Prophylaxe der Zerebrospinalmeningitis 169 — Säuregrad des Kinderharns 609 — Zerebrospinalmeningitis 573.
George King. Urinazidität 556.
H. D. King. Prophylaxe der Zerebrospinalflüssigkeit 761.
J. H. King und **G. H. Wipple.** Pathogenese des Ikterus 586.
Varia Kipiani und **J. Iotcyko.** Muskelsinn und Sehfähigkeit bei der Handschrift 743.
Géza Kiralyfi. Frühdiagnose des Typhus abdominalis 836.
Heh. Kirchberg. Barlowsche Krankheit und spasmophile Diathese 556.
F. Kirchberg. Physikalische Behandlung der Rachitis 573.
Kirchner. Schutzpockenimpfung und Impfgesetz 355 — Tuberkulose und Schule 743.
A. Kirmisson. Genu recurvatum 778 — Hasenscharte 778 — Hodenectopie 778 — Subdurale und inkomplette Frakturen 778 — Traumatische Epiphysenlösung 778 — Chirurgische Behandlung der Kinderlähmung 267 — Coxa vara 267 — Darminvagination 267, 591 — Dermoide Zyste 267 — Hodenectopie 591 — Multiple Osteitis 267, 591 — Ollier und sein Werk 267 — Operative Behandlung der Appendizitis 267 — Persistenz des Meckelschen Divertikels 591 — Pleuritis purulenta 267 — Schädelfrakturen 267 — Schmerzen im Schulterblatt 267 — Sublingualdrüsen-Schwellung 267.
Kirmisson, Périer und **Potherat.** Operative Behandlung der Spina bifida 267.
M. Kirmsse. Konferenz für Schwachsinnigenfürsorge 235.
O. Kirsch. Abdominelle und zerebrale Gefäßkrisen 701 — Funktionsstörungen des Blut- und Lymphgefäßsystems der Haut als Folge des Scharlachexanthems 630.
R. Kirsch. Statistik des Ulcus ventriculi rotundum 591.
Kirsch und **Henneberg.** Plattfuß in der Volksschule 323.
A. A. Kisseli. Bronchektasie 618.
R. Klatt. Prophylaktische Behandlung der Ophthalmoblennorrhoea gonorrhoica bei Neugeborenen 573.
Klein. Intrauterine Tuberkuloseinfektion 439.
Klein und **Gottlieb Klär.** Narkose bei Adenotomie 280.
Kleine und **Fischer.** Verbreitung der Schlafkrankheit 357.
H. Kleinschmidt. Bakteriozidine in Frauen- und Kuhmilch 78 — Sensibilisierung durch Milchfütterung 389 — Über Milchanaphylaxie **644** — Wirksamkeit des Diphtherieserums 206, 467, 761.
P. Klemm. Gelenkosteomyelitis 690.
Felix Klemperer und **Hans Wolta.** Salvarsanbehandlung bei Scharlach 573, 761.
A. de Kleyn. Sehstörungen bei Keilbeinentzündungen 281.
De Kleijn. Spontanheilung des Glioma retinae 2.
W. N. Klimenko. Bakteriologische Blutuntersuchungen bei Scharlach 761 — Keuchhustenantiserum 761.
Wilhelm Klink. Kühlhaltung der Säuglingsmilch 239, 748.
C. Kling, W. Wernstedt und **A. Pettersson.** Heine-Medinsche Krankheit 573 — Übertragungsmodus bei Heine-Medinscher Krankheit 761 — Übertragung der spinalen Kinderlähmung 253.
Kloberg und **Poetter.** Schulärztlicher Bericht für Leipzig 235.
W. Kloeman und **F. Lust.** Stoffwechselversuche bei Barlowscher Krankheit 462.
M. Klopstock und **P. Jacob.** Übertragung der Tuberkulose durch Fliegen 439.
Klose. Chirurgie der Thymusdrüse 707 — Pathologie der Thymusdrüse 740.
Max Klotz. Bedeutung der normalen Darmflora 303 — Differenter peptischer Abbau von Weizen und Hafer **29** —

Diphtherie 761 — Kohlehydratstoffwechsel 161 — Peptischer Abbau von Weizen und Hafer 162 — Sammelreferat über jugendlichen Schwachsinn und psychische Sonderzustände 787 — Therapie der Peritonitis tuberculosa 37 — Tuberkulinbehandlung **259.**
Rudolf Klotz. Ätiologie der Rachitis 666.
Klumker. Berufsvormundschaft u. Vereinsarbeit 710 — Ziele und Aufgaben der Berufsvormundschaft 709.
W. Knape. Konservierung von Frauenmilch durch Perhydrol 79.
Max Knebel. Bakteriologische Diagnose und Statistik der Diphtherie 761.
A. Knepler. Psychopathologische Heredität 548.
Knieper. Doppelseitiges Glioma retinae 2.
Arthur Knik und **Doppels.** Neuritis cochlearis bei rezenter Lues nach Salvarsan 292.
Knik und **Zaloziecki.** Akustikuserkrankungen im Frühstadium der Lues 292.
H. E. Knopf. Asthma bei Kindern 65, 665 — Zahnhygiene für Schulkinder 743.
Wilhelm Knöpfelmacher. Bronchiektasie im Anschluß an Aspiration eines Fremdkörpers 697 — Vakzineinfektion an den Augenlidern 200.
W. Knöpfelmacher und **W. Schwalbe.** Hydrocephalus und Lues 40, 724.
Knox. Kinderlähmung 573 — Poliomyelitis anterior acuta 11.
Knox und **Sprunt.** Verschluß der Urethra 778.
Erwin Kobrak. Adalin bei Keuchhusten 573, 761.
Kober. Erythema nodosum 679.
A. Kockerbeck. Gießener Milchküche 598.
Herbert Koch. Makulöses Exanthem bei Diabetes mellitus 196 — Periodische Okulomotoriuslähmung 194 — Verkäste tuberkulöse Lymphdrüse 436.
R. Koch. Epidemiologie der Tuberkulose 429.
Karl Kofler. Tonsillektomie 280.
F. Kogan. Idiotie, Epilepsie und Hydrozephalus im Kinderspital Zürich 573.
A. Kohl. Pubertät und Sexualität. 551.
Kojima und **Amako.** Komplementbindung bei Chorea 838.
L. Kolb und **E. Moro.** Schicksal von Ekzemkindern 436.
H. B. Koldewyn. Übergang von Arzneimitteln in die Milch 79.
I. S. Koll. Polypen 267.
Koller. Zählung der geistig gebrechlichen Kinder im Kanton Appenzell 818.
F. Kollmeyer. Biologische Differenzierung von Milch und Milcheiweißkörpern 556.
Kolleston. Blutdruck bei Diphtherie 344.
H. Th. Kollock. Inguinalhernie 267.
Kolmer. Bakteriologische Untersuchung der Lymphdrüsen bei Scharlach 36.
John A. Kolmer. Bakteriologie der Diphtherie 761 — Blutbild bei Pertussis 346 — Diphtheriebazillus 167, 761 — Komplementablenkung bei Scharlach 573 — Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 685 — Scharlach 253.
J. A. Kolmer und **Fr. Schamberg.** Behandlung von Impfstellen mit Pikrinsäurelösung 582.
J. A. Kolmer, J. A. und **P. C. Weston.** Behandlung der septischen Rhinitis bei Scharlach 573 — Meerschweinchenprobe bei Diphtheriebazillen 344 — Vakzinebehandlung der Scharlachotitis 586.
J. A. Kolmer und **S. S. Woody.** Diazoreaktion bei Scharlach und Serumkrankheit 167, 587 — Nicht diphtherische Exsudate 587.
F. Königsberger. Dauer der zweiten Geburtsperiode 573.
H. Königsfeld. Durchtritt von Tuberkelbazillen durch die Haut 439.
R. Königstein und **A. Biedl.** Brustdrüsenhormon der Gravidität 75.
M. Konopacki. Atresia oesophagi 778.
Koon. Poliomyelitis anterior acuta 11.
W. D. Kooper. Alkalität und Peroxydase 748 — Freie flüchtige Fettsäuren in frischer Vollmilch 79 — Katalase 79 — Mager- und Buttermilch 79.

W. D. Kooper und **Hesse.** Peroxydase 78.
H. Koeppe. Mineralstoffwechsel 79 — Säuglingsernährung 17, 239.
Köppe. Stillsche Krankheit 206.
A. Köppen. Katarrh der Gallengänge 386.
H. Koplik. Kinderspitäler und Infektionskrankheiten 598 — Tetanie und Spasmophilie 253 — Tuberkulose im Kindesalter 627 — Unterricht in Säuglingshygiene 275 — Verhütung von Infektionen 193 — Zerebrale Formen der Poliomyelitis 11, 591.
Kopystinski. Schädeltrauma und Psychosen 818.
E. Koerber. Eukalyptusbehandlung des Scharlachs 167.
Körber. Klinische Bedeutung der Muchschen Granula 627.
S. Körner. Supradurale Hämatome 591.
Korniloff. Eiweißverdauung 556.
Korybal-Daszkiewicz. Nasendiphtherie 281.
B. Korybut-Daskiewiez und **M. de Biehler.** Nasale Diphtherie 562.
Koshewnikow und **Dsershinsky.** Familiäre Myoklonie 792.
Kossel. Beziehungen zwischen menschlicher und tierischer Tuberkulose 627.
K. Koessler und **J. Koessler.** Scharlach 573.
L. Kössler und **Jules Lemaire.** Blutdruck beim Kind 740.
G. Koestler. Katalaseprobe 79 — Labstärkebestimmung 79.
Koszkowski und **Czarkowski.** Prophylaktische Scharlachvakzination 353.
H. Kowarski. Idiotia amaurotica progressiva familiaris infantilis 470.
Kozewaloff. Tollwut 356.
W. Kraeck. Biologische Beziehungen zwischen Mutter und Kind 548.
H. Kramer. Gangrän des Oberschenkels nach Diphtherie 253, 573.
Paul Krampitz. Mißbildungen des Gehörorgans 778.
J. Kramsztyk. Hämophilie 853 — Infantilismus 852.
S. Kramsztyk. Bakteriengehalt der Säuglingsfäces 79, 855 — Ernährungsstörungen bei Säuglingen 856.
Krannholz. Lokale Tuberkulinreaktion 445.
J. M. Krasser. Ergebnis täglich zweimaligen Probemelkens 79.
R. Kraus. Differenzierende Reaktionen mit Tuberkelbazillen 445.
Kraus, Ishiwara und **Winternitz.** Verhalten embryonaler Zellen gegenüber Nabelblut 151.
Wilhelm Krauss. Anatomie der glatten Muskeln der menschlichen Augenhöhle 740.
Krautwurst. Fürsorge für Schwerhörige in den Schulen 235.
Gustav Kreglinger. Synostose beider Vorderarmknochen 778.
G. Kreglinger, Otto Cohnheim und **O. H. Weber.** Physiologie des Wassers und des Kochsalzes 746.
A. Kreidl und **E. Lenk.** Kapillar- und Adsorptionserscheinungen der Milch 79, 239, 556 — Spezifisches Gewicht kleinster Milchmengen 79 — Verhalten steriler und gekochter Milch zu Lab und Säure 79.
H. Kreis. Reichert-Meißlsche Zahl 79.
Kreißmann. Orthopädische Turnkurse 235.
Hugo Kretschmann. Intra-uteriner Übergang von Antikörpern 740.
Martin Kretschmer. Eukalyptusbehandlung von Scharlach und Masern 686 — Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 311.
Kretzschmer. Bekämpfung der Bazillenpersistenz bei Diphtherierekonvaleszenten 282.
Kreuztuchs. Radiologische Untersuchung der Lungenspitzen 33.
Kriser, W. Falta und **L. Zehner.** Behandlung der Leukämie mit Thorium X 182.
Kröber. Syphilis und Idiotie 818.
Mentz v. Krogh. Bindung von Ditoxin und Antitoxin 345.
Krohn. Meningealblutung bei Neugeborenen 748.
Fritz Krone. Kalkstoffwechsel bei Obstipation und Durchfall 743.
Krug. Berufsvormundschaft 710.
R. Kruk-Rapoport. Otitis media bei Scharlach 573.
Krulish. Zerebrospinalmeningitis 253.
Charles Krumwiede jun. und **W. H. Park.** Bedeutung der Tuberkelbazillen vom Typus bovinus und Typus humanus 38.

Krusius. Augenuntersuchung an höheren Schulen 743 — Experimentelle Tuberkulose des Auges 2 — Schielen und Gesamtveranlagung 808.
D. Kryloff. Komplementbindungsreaktion bei Variolois und Variola vera 253.
P. Kschischo. Alkohol und Volksschule 743 — Mißbildung der Leber 778.
R. Kuh. Kongenitale Luxation des Kniegelenks 267.
Hugo Kühl. Milchversorgung 785.
August Kühn. Hernia diaphragmatica congenita 778.
E. Kuhn. Lungensaugmaske 427.
Kuhn und **Schuberg.** Übertragung von Krankheiten durch Insekten 528.
Kuhnt. Behandlung des angeborenen Schichtstars 2.
Kulbs. Lungenabszesse und Bronchiektasen 844.
M. Küll. Kiemengangseiterung 280.
Werner Kümmel. Die Krankheiten des Mundes 147.
Künne. Arthritis deformans im Kindesalter 58.
W. Kuntze. Abschätzung des Keimgehaltes der Milch 79.
R. Kuenzer. Diätetik des Wochenbettes 556.
H. Kuppelmayr. Milchverhältnisse der Stadt Metz 79, 598.
T. Kurashiga. Tuberkelbazillen im Blut 436.
Kurashige, Mayeyama und **Yamada.** Ausscheidung der Tuberkelbazillen aus der Milch tuberkulöser Frauen 627.
Kurashige, R. Mayeyama und **C. Yamada.** Tuberkelbazillen im strömenden Blut 761.
J. Kürsteiner. Neue Milchprüfungsverfahren 79.
J. Kürsteiner und **Rob. Burri.** Reduzierende Eigenschaften der Kuhmilch 746.
W. P. Kusskow. Symptome der frühen Rachitis 761.
Otokar Kutvirt. Gehör Neugeborener 232, 548, 740.

Labarrière. Otogene Meningitis 574.
Alphonse Labbé. Riga-Fedesche Krankheit 574.
R. Labbé. Kongenitaler Kreuzbeinfleck 267.
Labbé. Kuhmilchmodifikation 239.
R. Labbé, Ch. Leroux und **G. Barret.** Situs viscerum inversus 779.
Bruneau de Laborie. Röntgenbehandlung der tukerkulösen Drüsenerkrankungen 592.
J. Labouré. Atmung bei Adenoiden 253.
L. Lacaine. Ziegenmilch 239.
Lacasse und **Pottet.** Lähmung des Plexus brachialis 779.
Mc Lachlan. Tuberkulose der Mutter und Stillen 239.
H. Lachs und **H. Friedenthal.** Bestimmung des Eisens auf kolorimetrischem Wege 79.
Ladd. Ernährung und Verdauung 606. — Vakzinebehandlung des Keuchhustens 689.
O. Lade. Azidität des Urins 556.
L. Laederich und **L. Landouzy.** Tuberkulöse Heredität 253, 574.
Lafforgue. Diphtherielähmung 253, 574 — Kurzfristige, indirekte Übertragung der Masern 574 — Serumkrankheit und Anaphylaxie 740.
Lafond. Spina bifida und Skoliose 267.
L. Lagane. Psychosen bei Masern und einfachen Halsentzündungen 762.
G. Del Lago und **D. Zani.** Infantilismus und Hypophysentumor 784.
Lahey und **Haythorn.** Ovarialkarzinom 268.
Lainel-Lavastine. Behandlung der Respirationserkrankungen 762
Lake. Chlorkalzium bei Rhinorrhöe 279.
G. Avé Lallement. Spätblutungen nach Tracheotomie bei Diphtherie 641.
Lamar und **Meltzer.** Experimentelle Pneumonie 351.
Pierre Lambour. Chronische Mediastinitis 268, 574, 762.
H. H. Laméris. Ectopia vesicae 779.
P. Lamert. Fremdkörper in den Luftwegen 591.
Dutheillet de Lamothe und **Savariaud.** Kleinhirn und Hirnabszeß otitischen Ursprungs 594.
L. Lamy. Klumpfußbehandlung 268.
L. Lamy und **Jacques Calvé.** Skoliose 774.
L. Lamy und **Ad. Jalaguier.** Behandlung angeborenen Schief-

halses 590 — Kongenitale Torticollis 320, 778.
G. de Quemper de Lanascol. Milchstauung 556 — Veränderungen der Zusammensetzung der Milch 241.
M. Lance. Spondylitis bei Typhus 591.
Lance und **Ombrédanne.** Skoliosenbehandlung 780.
Lande, Sabrazès und **Muratel.** Leichenblut 549.
Landis und **Kaufman.** Venöses Schnurren 152.
H. R. M. Landis und **Isadore Kaufman.** Venengeräusche im Kindesalter 574, 740.
Hugo Landmann. Erziehung und Unterweisung des abnormen Kindes 762.
L. Landouzy und **L. Laederich.** Heredo-Tuberkulose 253 — Tuberkulöse Heredität 574.
Landrum. Serumbehandlung der Zerebrospinalmeningitis 574.
Landsberg. Rechtsänderung zugunsten außerehelich geborener Kinder 710.
K. Landsteiner, C. Levaditi und **M. Bastia.** Heine-Medinsche Krankheit 253.
K. Landsteiner, C. Levaditi und **Danulesco.** Experimenteller Scharlach 574 — Infektionswege der Poliomyelitis acuta 574.
K. Landsteiner, C. Levaditi und **M. Pastia.** Heine-Medinsche Krankheit 574 — Poliomyelitis 762.
K. Landsteiner, C. Levaditi und **E. Prasek.** Übertragung von Scharlach auf Affen 253, 574.
Heinrich Landwehr. Luxatio coxae congenita 779.
Johann Lang. Choanenatresie 779.
F. Langbard. Serum Marpmann bei Scharlach 574.
Cornelia de Lange. Autointoxikation 611 — Bauchperkussion und Pseudoaszites 268, 622 — Infantile letale Anämie 611 — Nephritis haemorrhagica 611.
Cornelia de Lange und **Duker.** Einfluß des Thymus auf die Entwicklung des Kindes 788.
F. Lange. Behandlung der Spondylitis 454.
Fritz Lange. Entbindungslähmung des Armes 692.
Fr. Lange. Sehnenverpflanzung 328.
Jer. Lange. Prophylaxe und Therapie des Scharlachs 253.
L. Lange. Psychosen bei Masern 762.
Langemak. Brucheinklemmung von Adnexen 325.
Hans Langer. Wiederholte Kochsalzgaben per os bei anaphylaktischem Schock 822.
Langer Josef. Schule und epidemische Kinderlähmung 469.
Langer und **Friedberger.** Stomachale Kochsalzzufuhr bei Anaphylaxie 822.
Langerhans. Leibesübungen an den Schulen 743.
Langernak. Brucheinklemmung von Adnexen 779.
Langevin. Ernährung nach Wasserdiät 748.
Wilhelm Langhoff. Mischgeschwülste der Niere 779.
F. Langmead. Akuter Rheumatismus 253, 574.
L. Langstein. Eisen bei der Säuglingsernährung 79.
L. Langstein und **A. Benfey.** Einwirkung des Hungers 556.
L. Langstein und **F. Edelstein.** Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch 661.
Langstein und **Kassowitz.** Gemüsekost im Säuglingsalter 393.
J. Lankhout. Osteomalazie 574.
V. Lapeyre. Diphtherie und Masern 253.
Laquerrière und **Delherm.** Infantile Poliomyelitis 248.
G. Laroche und **H. Gougerot.** Ätiologie und Pathogenese der Hauttuberkulide 569.
G. Laroche, Ch. Richet fils und **F. Saint-Girons.** Alimentäre Anaphylaxie 239 — Anaphylaxie bei Milchernährung 79.
R. Larozière. Fibrinöse Pneumokokken-Pneumonie 574, 762.
R. C. Larrabee und **H. D. Arnold.** Quantitative Regulierung der Diät 236.
Léon Laruelle und **Alphonse Leroy.** Sklerodermie mit Raynaudscher Krankheit 574.
F. Lasagna. Tuberkulose und Tonsillen 439.
M. Lateiner. Reduktionsindex in der normalen und pathologischen Zerebrospinalflüssigkeit 854 — Papulöses Tuberkulid 348 — Papulosquammöses Tuberkulid 854 — Pleuraempyem 855.

J. Laurentius. Leistungsfähigkeit der weiblichen Brustdrüse 556.
Lautmann. Anästhesie und Adenotomie 279.
P. G. Lauze. Achondroplasie 574.
W. Lauzun-Brown. Neues Laktagogum 748.
Ed. Laval. Chronische Erkrankung des Rhino-Pharynx 574.
Lavialle. Gouttes de lait in Stockholm 275 — Milchversorgung in Schweden 785 — Milchwirte in Schweden 275.
Lavialle und **Variot.** Homogenisierte Milch 242 — Wärmestrahlung beim Säugling 559, 751.
Lawrence. Ellenbogentraumen 268.
O. Laxa. Katalasebestimmung 79.
St. Mc Lean. Eisengehalt der Ziegenmilch 217.
P. Lebègue. Angeborene Anomalien und Krankheiten der Tränengänge 591.
Lebenhart. Tuberkulose der Orbita. 436.
Leber. Struktur des Netzhautglioms 2.
P. Leblanc. Intrauterine Puerikultur 275.
Leblanc und **Apert.** Ödematöse Sklerodermie 32.
Lebre. Diagnose des Milzbrandes 349.
Richard Lederer. Familiäre spastische Paraplegie 198.
Lederer und **Stolte.** Scharlachherz 353.
R. Lederer und **H. Vogt.** Spirometrische Untersuchungen 601.
Lederle. Milchversorgung in New York 275.
Reinhold Ledermann. Serumreaktion bei Syphilis 762, 823.
H. A. Lediard. Sakrales Teratom 642, 779.
Jos. Leduc. Erbrechen bei Pylorusstenose 749.
William Leede. Bakteriologie des Liquor cerebrospinalis bei Diphtherie 253, 762 — Bakteriologische Blutbefunde bei Diphtherie 253, 344 — Tracheotomia inferior 687.
Frithjof Leegard. Angeborene Halsfisteln 779.
T. F. Leen. Freiluftschulen 235.
Leenhardt, Maillet und **Carrieu.** Komplikationen des Typhus 762.
de Leeuw. Akute Anilinintoxikation 845.
G. Lefebvre. Mekonium 556.
Le Fever. Behandlung des Schielens 177.
Lefèvre. Isolierung der Tuberkulösen in Belgien 449.
P. Lefranc. Akute Phasen der Bronchektasie 253.
Pierre Lefranc. Bronchiektasie 574, 762.
Legel. Krüppeltum und Krüppelfürsorge 785 — Pädagogische Behandlung der Idiotie und Epilepsie 762.
F. Léger. Prognose des Keuchhustens 574.
P. Léger. Zerebrospinal-Meningitis 253.
Jean Legrand. Diaphysenfrakturen des Femur 779.
Lehmann. Diagnose der Tuberkulose 404.
F. Lehmann. Spina bifida 591.
R. Lehmer. Schädliche Eigenschaften der gelben Rüben 556.
G. Leimsner, J. Bartel und **W. Neumann.** Einwirkung von Organen auf den Tuberkelbazillus 441.
Karl Leiner. Erythemtypen und Dermatitiden des Säuglingsalters 516 — Sammelreferat über dermatologische Literatur 713 — Spitze Kondylome 194.
Leiner und **Spieler.** Disseminierte Hauttuberkulose 253.
Mello Leitao. Tetanie 762.
A. Leiter. Familiäre Splenomegalie 574.
A. Leites. Radikaloperationen von Inguinalhernien 591.
A. Lelièvе und **E. Retterer.** Ossifikation 549 — Struktur und Histogenese der adenoiden Vegetation 257, 549.
Lemaire. Ernährungsstörungen beim Säugling 239, 749.
J. Lemaire. Säuglingsernährung 239.
Jules Lemaire und **L. Kößler.** Blutdruck beim Kind 740.
Lemoine. Familiäre Epidemie spinaler Kinderlähmung 253, 574.
P. A. Lenoble. Bäder und Duschen in Schulen 551.
Lenzmann. Beeinflussung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektionen 685 — Intravenöse Salvarsaninjektionen bei Scharlach 575.
G. Lenenberger. Plazentäre und kongenitale Tuberkulose 430.

E. Lenk und **A. Kreidl.** Kapillar- und Adsorptionserscheinungen der Milch 79, 239, 556 — Spezifisches Gewicht kleinster Milchmengen 79 — Verhalten steriler und gekochter Milch zu Lab und Säure 79.
Lenormand. Collargolprobe in der Diagnose der tuberkulösen Bronchopneumonie 253, 574.
H. Lenzen. Untersuchungsmethoden der Milch 79.
Richard Lenzmann. Intravenöse Salvarsaninjektion bei Scharlach 724, 762.
J. und **N. Leod.** Vakzinebehandlung der chirurgischen Tuberkulose 454.
Ch. L. Leonard. Röntgentherapie der Zervikaldrüsentuberkulose 454.
Leoneano, C. Levaditi und **J. Pignot.** Heine-Medinsche Krankheit 575.
Leoneano, Jean Pignot und **Levaditi.** Heine-Medinsche Krankheit 762.
Leoneano, Widal, Levaditi und **Brodin.** Akute tödliche Poliomyelitis 575, 773.
J. S. Leopold. Maltose-Dextrinpräparate 556 — Vorzüge der Maltose-Dextrin-Präparate bei der Säuglingsernährung 239 — Zucker bei der Säuglingsernährung 239.
J. Leopold und **T. Rosenstern.** Tuberkulide beim Kind 445.
L. Lepontois. Verrux planus 575.
P. Lequeux. Epidermolysis diffusa neonatorum 254, 575, 762.
P. Lerat und **R. Sand.** Adenosarkom der Niere und retroperitoneale Embryome 781.
P. Lereboullet. Findelwesen 275.
R. Leriche. Pathogenese des Hallus valgus 268.
R. Leriche und **A. Poncet.** Tuberkulose 257.
Lerin. Spektrophotographische Untersuchungen des Mekoniums 556.
M. Lermoyez. Ohrenbehandlung 254.
H. Leroux. Desinfektion der Transportwagen 762 — Scharlach mit Hemiplegie 254 — Statistik des Hôpital St. Joseph 762.
R. Leroux. Gefahren der Methylbehandlung 575.
Ch. Leroux, R. Labbé und **G. Barret.** Situs viscerum inversus 779.
Alphonse Leroy und **Léon Laruelle.** Sklerodermie mit Raynaudscher Krankheit 574.
A. Lesage. Hitzewirkung und Säuglinge 239 — Lehrbuch der Krankheiten des Säuglings 413 — Säuglingshygiene im Sommer 239 — Schädel bei Atrophie 516 — Scharlach 858 — Wichtigkeit der Ventilation für die individuelle Isolierung 492.
A. Lesage und **M. Cléret.** Craniotabes 762.
Lesage und **Collin.** Husten und Keuchhusten 346, 575.
L. Lesca. Tonsillen 575.
Leschke. Auflösung der Tuberkelbazillen 349.
Leschke und **Much.** Tuberkulose 349.
Ch. Lésieur. Nephro-Typhus 762 — Pneumokokken in der Zerebrospinalflüssigkeit 575.
C. Lesieur und **J. Colombet.** Nachkrankheiten von Diphtherie 254.
Lesné. Thalassotherapie 232.
V. D. Lespinasse und **C. Fisher.** Hämorrhagie eines Neugeborenen 239.
Lessing und **Horst.** Antiforminmethode für den Tuberkulosenachweis 348.
Lesué und **Françon.** Erysipel beim Neugeborenen 762.
Lettnow. Widerstandsfähige Bazillensporen 840.
Raymond Letulle. Tuberkuloseinfektion 575.
Letulle, Grysez und **Calmette.** Bazilläre Infektion und Tuberkulose 564.
W. v. Leube. Bekämpfung der Tuberkulose 681.
Leube. Nabelschnurversorgung der Neugeborenen 548.
Lotte Leubuscher. Schulärztliche Einrichtungen einer englischen Stadt 743.
E. Leuret. Erste Zahnung 232 — Stillen und Syphilis 254 — Störungen bei der ersten Zahnung 762 — Unstillbares Erbrechen bei Unterernährung 239.
C. Levaditi. Poliomyelitis anterior acuta 254.
G. Levaditi. Ätiologie des Scharlachs 830.
M. Levaditi. Akute tödliche Poliomyelitis 575.

L. Levaditi und **V. Danulesco.** Durchwandern des poliomyelitischen Virus durch die Nasenschleimhaut 763.
C. Levaditi und **V. Danulesco.** Poliomyelitisgift im Körper von gegen Kinderlähmung refraktären Tieren 762 — Übertragung der Poliomyelitis 762.
C. Levaditi, K. Landsteiner und **M. Pastia.** Heine-Medinsche Krankheit 253.
C. Levaditi, K. Landsteiner und **Danulesco.** Experimenteller Scharlach 574 — Infektionswege der Poliomyelitis acuta 574.
C. Levaditi, K. Landsteiner und **M. Pastia.** Heine-Medinsche Krankheit 574 — Poliomyelitis 762.
C. Levaditi, K. Landsteiner und **E. Prasek.** Übertragung von Scharlach auf Affen 253, 574.
C. Levaditi, J. Pignot und **Leoneano.** Heine-Medinsche Krankheit 575, 762.
Levaditi, Widal, Brodin und **Leoneano.** Akute tödliche Poliomyelitis 575, 773.
J. Lévèque. Toxinfektiöse Aphasie 254, 575.
Levi. Essentielle familiäre Mikrosomie 788.
L. Lévi und **E. Fleurent.** Milch 77.
Lévi-Franckel und **L. Ribadeau-Dumas.** Perforierter Duodenalulcus 271.
Léopold Lévi und **H. de Rothschild.** Schilddrüsenmigräne 370.
Samson Levin. Involution der Thymus 740.
Levinson. Diagnose und Behandlung der Diphtherie 254.
Levy. Keuchhusten 346 — Säuglingsmorbidität und -mortalität 193 — Säuglingsernährung 606.
A. Lévy. Mortalität der Unehelichen 275.
Ernst Levy. Impfschutz 355.
J. Levy. Coprologie 556.
Justine Lévy. Verdauungsfunktionen 556.
M. Levy. Färbbarkeit der Tuberkelbazillen 441.
E. Lévy und **A. Cortesi.** Kala-azar in Tunis 254.
E. Lévy, A. Cortesi und **C. Nicolle.** Salvarsan bei Kala-azar 256.
A. Lévy-Franckel. Chronische Aortitis und Atherom 763.
P. P. Lévy und **Jules Renault.** Diphtherielähmung des Pneumogastricus 768 — Pyopneumothorax 768.
Le Wald und **Bell.** Chronische Kolitis 745.
Lewandowski. Schulhygiene 743.
M. Lewandowsky. Praktische Neurologie 518.
Felix Lewandowsky und **Erich Plate.** Symmetrische Schwellung der Speichel- und Tränendrüsen 839.
Lindley Lewell. Taubheit infolge Parotitis 355.
Louis Lewin. Spektophotographische Untersuchungen des Mekonium 763.
Lewis. Chirurgische Behandlung der Kinderlähmung 522 — Experimentelle Pathologie der Poliomyelitis 11.
Charles F. Lewis. Delirium tremens 254.
Edward Lewis, William Palmer und **Lucas.** Masern bei Affen 575.
W. B. Lewitt und **L. Porter.** Pylorushypertrophie 749 — Pylorusstenose mit Muskelhypertrophie 239.
J. Lewy. Osteopsathyrosis idiopathica 763.
R. Ley. Psychose durch Staphylokokkeninjektion 763.
J. Leyberg. Hauttuberkulide 856.
Leydheecker. Weiße Blutkörperchen bei Bazillenträgern 337.
J. Lhermitte. Akute familiäre Hepatitis 779.
K. Lhotak v. Lhota. Sinkende Pulsfrequenz bei wachsenden Hunden 548.
Ljaschenko. Instillation von Sublimatlösung in die Nase bei Diphtherie 633.
J. Libin. Leber bei Tuberkulose 575.
Lichtenhahn. Körnige Form des Tuberkuloseerregers 441.
H. Lichtenstein. Behandlung der Tuberkulose mittels natürlichen menschlichen Serums 454.
G. Liebermeister. Sekundäre Tuberkulose 826.
V. Lieblein. Lymphatische Pseudoappendizitis 189.
Harry Liefmann. Einfluß der Wohnungsverhältnisse auf den Sommertod 785.
Liefmann und **Lindemann.** Einfluß der Hitze auf die Säuglingssterblichkeit 155.

H. Liefmann und **Alfred Lindemann.** Lokalisation der Säuglingssterblichkeit in Berlin 785.
W. Liefmann und **Alfred Lindemann.** Säuglingssterblichkeit in Berlin 1911 459.
A. E. F. J. Lien. Otologische Aufsicht in der Schule 235.
A. Lien. Otologische Untersuchungen in Schulen 551.
W. Liepmann. Steigerung der Milchsekretion durch gesteigerte Eiweißernährung 458.
E. H. B. v. Lier. Stichéiterung nach Lumbalpunktion 641.
R. Liertz. Lage des Wurmfortsatzes 548.
Lignos. Kala-azar in Griechenland 763.
Ch. Ligschitz-Trachtenberg. Therapie des Nabelschnurvorfalles 575.
Lindemann. Auflösung von Tuberkelbazillen in Neurin 442 — Frühbehandlung der rachitischen Beindeformitäten 319.
Alfred Lindemann und **W. Liefmann.** Säuglingssterblichkeit in Berlin 1911 459 — Einfluß der Hitze auf die Säuglingssterblichkeit 155.
Alfred Lindemann und **H. Liefmann.** Lokalisation der Säuglingssterblichkeit in Berlin 785.
Gräfin Linden. Chemotherapie der Tuberkulose 824.
v. Linden. Finklersches Heilverfahren bei Impftuberkulose 674.
O. Lindner und **M. Siegfried.** Trypsinwirkung 83.
Linke. Pantopagus 591.
van Lint. Augenhygiene 235.
Lion. Boy Scouts in England 598.
Lippmann. Diphtheriebazillenträger 344.
A. Lippschütz. Bedeutung des Kaseinphosphors für den wachsenden Organismus 79. — Phosphorhunger im Wachstum 239 — Physiologie des Phosphorhungers im Wachstum 217.
S. Litwin. Geburtsblutungen am kindlichen Schädel 591.
L. Liwschitz. Adrenalinbehandlung bei subjektiven Ohrgeräuschen 575.
B. Llaguet. Galle 557.
Loaec. Angeborene Hypertrophie der Zehe 779.
W. Löbisch. Sommerdiarrhöe 557.
E. A. Locke und **T. J. Murphy.** Fürsorge für tuberkulöse Kinder in Boston 598.
Löffler. Nachweis spärlicher Tuberkelbazillen 442.
H. Löhe. Kongenital-syphilitische Knochen- und Gelenkentzündungen 575.
F. Löhnis. Landwirtschaftlich-bakteriologisches Praktikum 79.
Adrien Loir. Säuglingssterblichkeit und kondensierte Milch 785.
J. L. A. Lombard. Schenkelhalsfrakturen 592.
Pierre Lombard und **J. Curtillet.** Genu recurvatum 775.
P. Lombard und **J. Curtillet.** Polyarticulärer tuberkulöser Rheumatismus 247 — Spondilitis bei Typhus 264 — Traumatische Hüftgelenksluxation 264.
J. de Lombès. Syphilitische Spina ventosa 268.
P. Londe. Sterblichkeit bei Neugeborenen 275.
Long und **Dejerine.** Chronische Poliomyelitis 756.
Long-Landry. Littlesche Krankheit 254.
A. Longo. Leishmaniose 254 — Lipimie und Lipurie bei Leishmaniose 575 — Tetanie beim Kind 575.
Longyear. Kongenitaler Tumor des Dünndarmes 268.
E. Loeper und **Ch. Esmonet.** Französischer Kongreß für interne Medizin 454.
Lorey. Behandlung der Diphtherie, des Scharlachs und von eitrigen Prozessen 833.
W. F. Lorenz udd **Mazyck P. Ravenel.** Behandlung von Diphtherie-Bazillenträgern 763.
Friedrich Lorentz. Methodische Atemübungen in der Schule 763 — Schülerermüdung 743 — Schule und Tuberkulose 427.
Löresen. Pyozyanase bei Persistenz der Diphtheriebazillen 344.
A. Lorey. Endocarditis lenta 170.
Lorreyte. Salvarsanbehandlung während der Schwangerschaft 575.
J. Lorthioir. Arthrodese des Fußes 779.
A. Lotz. Kongenitale Atresie der Speiseröhre 592.
P. Loubet und **H. Grenet.** Chorea 759.
J. Loubier. Darmverschluß 592.

A. Loubovitch. Magenverdauung der Milch 557.
Louria. Akute Magenerweiterung 763.
A. Lourié. Stoffwechselversuche und Therapie bei der mongoloiden Idiotie 763.
V. Lovati. Übergang medikamentöser Substanzen in die Zerebrospinalflüssigkeit 16.
Andrew Love. Diphtherielähmung 254, 763.
Lovett. Skoliose und Schule 592 — Vorkommen der Kinderlähmung in den Vereinigten Staaten und Kanada 11.
Lovett und **Richardson.** Poliomyelitis anterior acuta 11.
R. W. Lovett und **Ph. A. Sheppard.** Kinderlähmung in Massachusetts 575.
A. Löwem. Kongenitaler Fazialisdefekt 568.
Lowenburg. Diagnose und Therapie der angeborenen Pylorusstenose 240.
Löwenburg. Pneumonie 763.
H. Lowenburg. Bedeutung und Behandlung des Erbrechens 240, 749 — Intrakranieller Druck 549.
Löwenstein. Tuberkulinerfolge bei Lungentuberkulösen 454.
Adolf Loewy und **Paul Sommerfeld.** Kindliches Myxödem 537.
L. Loydild. Schulärztliche Beaufsichtigung in Australien 235.
W. Lublinski. Lokale Mentholanwendung in der Nase 17, 281.
Hermann Lübs. Herzmißbildung mit besonderer Lagerung der Trikuspidalis 763.
Lucas und **Amos.** Prophylaktische Vakzination gegen Dysenterie 338.
Lucas, William Palmer und **Edward Lewis Prizer.** Masern bei Affen 575.
W. P. Lucas und **E. E. Southhard.** Konvulsionen während und nach der kindlichen Enzephalitis 763 — Krampfneigungen bei Enzephalitis 186.
H. Lüdke und **Josef Sturm.** Tuberkulinreaktion 681.
K. Ludloff. Diagnose der Hüftaffektionen 445.
Ludlum. Blut im Kindesalter 549.
B. Lühmann. Gefäßerkrankung der Leber bei kongenitaler Lues 673, 763.
H. Lührig. Trockensubstanz der Milch 749.
W. P. Lukas und **H. Barkan.** Akute eitrige Perikarditis im Säuglingsalter 753.
Lukas und **Priser.** Masern bei Affen 684.
F. Luna. Leishmaniose 254.
De Luna und **Pagliano.** Hanotsche Cirrhose mit sekundärem Infantilismus 766.
N. Luneau. Kongenitale Zwerchfellhernie 592.
N. I. Lunin. Bronchialdrüsentuberkulose 629.
F. Lust. Ausscheidung von zuckerspaltenden Fermenten beim Säugling **302** — Funktionsprüfungen des Magendarmkanals 395 — Milchzucker der Frauenmilch **236** — Nachweis der Verdauungsfermente in den Organen des Magendarmkanals von Säuglingen **411** — Pathogenese der Barlowschen Krankheit 204 — Säuglingsschutz in Belgien 598.
F. Lust und **H. Hahn.** Ausscheidung von eiweiß-, stärke- und fettspaltenden Fermenten beim Säugling **311.**
F. Lust und **L. Kloeman.** Stoffwechselversuch bei Barlowscher Krankheit 462.
Lutz. Angeborene abnorme Bewegung des Oberlids 2 — Die Mendelschen Regeln in der Ophthalmologie 2 — Familie mit hereditär-familiärer Chorioretinitis 2 — Poliomyelitis anterior acuta 11.
Hertha Lutz. Milchküchenernährung 785.
Fritz Lux. Diphtherieepidemie 763.
T. Luzzatti. Spasmophilie 254.
Lyle. Latente Tuberkulose der Säuglinge 763.
S. Lyskawinski. Kasuistik der akuten spinalen Kinderlähmung 854.

H. Maaß. Behandlung der chirurgischen Tuberkulose 454.
S. Maaß. Krankhafter Wandertrieb 575.
Macalister. Sputumuntersuchung mit Antiformin 676.
Alex. T. I. Macdonald. Antenatale Pneumonie 254, 561 — Diphtheriebazillenträger 344.

Machard. Behandlung rachitischer Erkrankungen 779.
Machell. Colon-Irrigation 240.
Charles V. Mackay. Beobachtung der Körpertemperaturen bei Anwendung des Diphtherieheilserums 764 — Pleuritis 764.
Mackenzie. Ophthalmia neonatorum 575 — Poliomyelitis anterior acuta 254.
K. Mackenzie und **E. A. Schäfer.** Einfluß animalischer Extrakte auf die Milchsekretion 82.
Stewart Mackintosh. Epilepsie 764.
Macmillan. Kinderforschung 549.
N. S. Macnaughtan und **J. D. Rolleston.** Recklinghausensche Krankheit 768.
Macqueron. Maison de l'Enfance in Rouen 275.
Macy. Biologie im Kinderunterricht 235.
J. Magdinier. Infantilismus 576.
W. Mager. Tuberkulosebekämpfung in Österreich 449.
S. Maggiore. Angeborene Dystrophie 576.
A. Magnan. Bazillus der Varizellen 764.
L. Magnanon. Schularzt 235, 551.
Magnus-Alsleben. Anorganische u. organische Brompräparate 818.
Fritz Magyar. Erythema toxicum nach Oleum lauri 194 — Hemangiom 724 — Malignes Hämangiom des Gesichtes 702 — Melanosarkom 702.
C. Mai und **S. Rothenfußer.** Refraktometrie des Chlorkalziumserums der Milch 79.
José M. Maidagan. Peritonitis durch Pneumokokken 779.
Hans Maier. Bromdarreichung bei salzarmer Kost 693.
F. Maillet. Autoserotherapie der serofibrinösen Pleuritis 576 — Bronchialdrüsenerkrankung 375 — Erkrankung der Tracheo-Bronchialdrüsen 621 — Orthostatische Albuminurie 254 — Orthostatische Albuminurie und Wanderniere 576 — Tracheo-Bronchialdrüsen-Erkrankung 268 — Unterhautzellgewebe 549 — Unterhautzellgewebe als Abwehrorgan 740.
Maillet und **Gaujoux.** Polyvisceräle Tuberkulose 435.
Maillet und **Gueit.** Infektiöses Ödem 254, 764 — Webersches Syndrom bei tuberkulöser Meningitis 254.
Maillet, Leenhardt und **Carrieu.** Komplikationen des Typhus 762.
Gustav Major. Behandlung psychopathischer Kinder im Elternhause 743 — Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik 812 — Fürsorge für psychopathisch veranlagte Kinder 785 — Neurasthenie der Jugendlichen 576 — Sexuell leicht erregbare Kinder 143.
Maire. Diagnose und Behandlung der Coxitis 268.
Makuen. Verhütung der Taubheit und Unterricht des tauben Kindes 551.
J. Malaise. Typhus 837.
F. Malavialle. Thymus-Hypertrophie 576.
W. Malinowska. Tod der Neugeborenen 576.
H. Mallet und **A. d'Espine.** Thrombose bei Diphtherie 567.
E. Mallinckrodt. Infantilismus und Zwergwuchs 576.
K. Mallinckrodt. Vitiligo und Chorea 724.
Malvoz. Scharlach 254.
A. Mamrot Stuhlverstopfung bei Kindern 856.
Manasse. Kieferhöhleneiterung 282.
Paul Manasse. Plötzliche Ertaubung bei Scharlachotitis 764.
Mann. Erregbarkeitssteigerung bei narkoleptischen Anfällen 800.
A. Manne. Syphilis 576.
Manning. Blut im frühen Kindesalter 549 — Poliomyelitis anterior acuta 254 — Prognose der Poliomyelitis 522 — Rapid tödliche Form der Poliomyelitis 522 — Symptomatologie der Kinderlähmung 522.
C. Manshardt. Kochsalzausscheidung bei Nierenentzündung 576.
Mantoux. Tuberkulinbehandlung der Tuberkulose der Harnwege 454.
Manwaring. Subdurale Leukozyteneinspritzungen bei tuberkulöser Meningitis 172 — Übertragung der epidemischen Poliomyelitis 11.
J. Manya. Funktionelle Albuminurie 576.
Marbourg. Behandlung von Masern und Scharlach 576.

O. Marburg. Klinik und Pathologie der Myatonia congenita 254, 576 — Sklerosefrage 703.
L. Marcas und **C. Huyge.** Ammoniak der Milch 79.
W. E. Marchall. Sudan-Kala-azar 764.
L. Marchand und **G. Petit.** Epilepsie bei Mutter und Kind 254, 576, 764.
Otto Marcus. Fallschutzleibchen 69 — Lymphdrüsenschwellung in der seitlichen Brustgegend 69 — Schildrüsenvergrößerung im schulpflichtigen Alter 69.
Marcuse. Erblichkeit und Wesen der Psoriasis 576.
W. Mardner. Mekoniumpfropf 557.
G. Marey. Exostose des harten Gaumens 592.
A. B. Marfan. Behandlung der Rachitis 254 — Diadococinesie bei Chorea 764 — Höhenkur bei Ekzem 255, 764 — Le gros ventre beim Säugling 240 — Punktion des Pericards 268 — Pylorushypertrophie 749 — Rachitis und Tuberkulose 436 — Unterricht in Säuglingshygiene und -krankheiten 232.
Marfan und **Feullié.** Experimentelle Rachitis 181.
A. Margolis. Einfluß der vermehrten Wasserzufuhr 557.
Marion. Behandlung der Blasenexstrophie 779 — Hypospadie 779.
Marique. Pathogenie des kongenitalen Kehlkopfstridors 279.
Markley. Behandlung des Säuglingsekzems 576.
Marks. Infektion von Kaninchen mit Poliomyelitisgift 11 — Poliomyelitis acuta 576.
Markuson und **Agopoff.** Prophylaktische Injektion von Serum bei Diphtherie 344.
J. Markwalder. Physiologie und Pharmakologie der Diastole 549.
Marmann. Diagnose bei Typhus 634.
L. Marois. Consultations de nourrissons 785.
R. Marois. Consultations de nourrissons in Yonne 275.
Francis Marre. Ausnutzung der Mineralsalze 363 — Einfluß akuter Krankheiten auf die Milchsekretion 79 — Milch 79.
Antonio Marro. Einfluß des Alters der Eltern 740.
Marsh und **Meigs.** Analyse der Menschen- und Kuhmilch 240.
N. P. Marsh und **K. W. Monsarrat.** Pylorusstenose 240.
H. Martel. Milchproduktion im Winter 275.
Martens. Erschwertes Decanülement 35.
B. Martin. Latente Tuberkulose bei Kindern 829.
L. Martin. Diphtheriereziđiv infolge von Masern 576 — Prognose der Diphtherie 576.
L. Martin und **H. Darré.** Diphtheriereziđiv nach Masern 255.
Martin und **Delore.** Maligner Brustdrüsentumor 775.
Ed. Martin, Eug. Revilliod. H. Audeoud und **Ch. Martin du Pan.** Maison pour les enfants malades 275.
Ch. Martin du Pan. Akute Osteomyelitis 779 — Radikale Behandlung der Hernie 268, 592 — Schädelfrakturen 268, 779.
Ch. Martin du Pan. Ed. Martin. Eug. Revilliod und **H. Audeoud.** Maison pour les enfants malades 275.
A. Martingay. Behandlung der Chorea 255.
B. Martiny. Kuhprüfvereine 80.
F. Marty. Prästernale Zysten 592.
A. Marum. Jahresbericht 293.
Emery Marvel. Appendizitis 592, 779.
Marx. Phimosie 268.
Victor Mas. Einfluß der Vakzination bei der schwangeren Mutter auf die Vakzination beim Neugeborenen 741 — Vakzination bei der Mutter während der Schwangerschaft 549.
Fernand Masay. Temperatur der Frühgeborenen 16.
F. Mason. Behandlung der Pottschen Krankheit 454.
A. Massaglia. Infektion mit Leishmania infantum 764.
M. L. Massiofi. Kasuistik der Hundstollwut 636.
E. Masson. Eiternarkose 592.
Masuda. Hirnmißbildungen von menschlichen Föten 268.
N. Masuda und **Th. Brugsch.** Verhalten des Dünndarmsaftes gegenüber Kasein usw. 75.
E. Matet. Infantile Gastroenteritis 749.
Matheny. Darminvagination 592.

Paul Mathes. Infantilismus und Asthenie 764.
V. P. L. Matringhem. Inguinale Cystocele 268, 592.
Matson. Spezifische Diagnose der Tuberkulose 255.
Matsuoka und **E. Hayashi.** Angeborener Hochstand der Schulterblätter 777 — Knochengerüst der kongenital verrenkten Hüftgelenke 777.
C. Mattei. Encephalocele und Spina bifida 268 — Meningitis cerebrospinalis 255 — Ösophagoscopie 268 — Schädelverletzung 268.
A. Matthey. Pseudomediane Hasenscharte 592.
Matti. Darminvagination 326 — Experimentelle Ausschaltung der Thymusdrüse 576, 613 — Fistula colli mediana 690.
Oskar Mauch. Sklerotomie bei infantilem Glaukom 576, 764.
Maudaire. Kongenitale Mißbildung des Anus und des Dickdarmes 268, 592 — Nabelhernie 268 — Tarsalgie 268.
Maupas. Stillen in Fécamp 557.
Maurin und **Nordmann.** Aorten-Atherom 269.
C. Mauro. Leishmaniose 255.
Charles Maury. Cerealien in der Diätetik 358.
Maury und **L. Bernard.** Poliomyelitisepidemie 562.
B. Mautner. Bronzefarbene Haut 697.
Mauthner. Erkrankung des Nervus VIII bei Parotitis epidemica 293 — Mumpstaubheit 293, 355 — Schwerhörigkeit und Ertaubung nach Meningitis cerebrospinalis epidemica 293.
Maverick. Typhus — Vakzination und Widalsche Reaktion 683.
Michael May. Rumpell-Leedesches Phänomen bei Scharlach 724.
Mayer. Bakteriologische Befunde bei Gesunden aus der Umgebung Ruhrkranker 839 — Kinderpsychose 808 — Behandlung der frischen Kinderlähmung 44 — Behandlung des Klumpfußes 779.
Moritz Mayer. Postdiphtherisches Erysipel 764.
Ernst Mayerhofer. Geheilte Rumination 196 — Rumination im Säuglingsalter 749 — Stillpropaganda 191 — Therapie der Rumination 607.
Mayerhofer und **Pribram.** Ernährung mit konservierter Frauenmilch 18 — Kalkodat bei der Konservierung von Frauenmilch 80.
Mayet. Behandlung kongenitaler Luxationen 779 — Kongenitale Hüftgelenksluxation 268.
Mayet und **Péraire.** Unblutige Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksluxation 270.
Mayeyama, Yamada und **Kurashige.** Ausscheidung der Tuberkelbazillen aus der Milch tuberkulöser Frauen 627.
R. Mayeyama, Teje, Kurashige und **G. Yamada.** Tuberkelbazillen im strömenden Blut 761.
Franz Xaver Mayr. Darmträgheit 420.
Karl Max Mayr. Kongenitale Radiusluxation 779.
Mayrhofer. Kinderzahnarzt 17.
A. Mazzuoli. Blutuntersuchung bei Helminthiasis 255 — Meningitisartige Syndrome bei Helminthiasis 183.
G. Norman Meachon. Bromexanthem 764.
Meder. Vakzination 354.
P. S. Medowikoff. Kuhwarme Milch bei Magenerkrankungen 214.
S. Medowoy. Pathologie und Klinik der Darmokklusion 592.
H. D. Meeker. Tuberkulöse Peritonitis 764.
C. van Meenen. Entwicklung und adenoide Vegetation 255.
Meignant. Consultations de nourrissons 785 — Darminvagination 268, 592, 779 — Friedreichsche Krankheit 576.
Meigs und **Marsh.** Analyse der Menschen- und Kuhmilch 240.
Meissen. Behandlung der Lungentuberkulose m. Jodmethylenblau und Kupferpräparaten 674.
Meißner. Kolobom der Aderhaut und Netzhaut mit Aplasie des Sehnerven 2.
Eduard Melchior. Kongenitale Vorderarmsynostosen 475 — Madelungsche Handgelenksdeformität mit Brachydaktylie 780.
E. Mellanby. Cyclisches Erbrechen 557.
Melly. Stadtverwaltung und Berufsvormundschaft in Ungarn 709.
Bela-Melly. Tätigkeit des Waisenstuhls Budapest 710.

Meltzer und **Lamar.** Experimentelle Pneumonie 351.
G. Menabuoni und **C. Franeloni.** Wassermannsche Reaktion 758.
Ménard. Knochen- und Gelenkstuberkulose 255 — Lipoide des Diphtheriebazillus 834.
L. Mencière. Behandlung der paralytischen Hüfte 269.
J. Mendel. Umsetzung verschiedener Zuckerarten durch Bakterien 80.
M. S. Mendelson und **E. J. Gindes.** Pirquetsche Reaktion 759.
P. Menetrier und **P. Brodin.** Parameningokokkenmeningitis 764.
Meng. Rolle der langen Unterschenkelmuskeln bei Plattfuß 324.
M. Menier. Akute retropharyngeale Abszesse 280.
Enrico Mensi. Chlorstoffwechsel beim Neugeborenen 557, 749.
F. Menuet. Verschluckte Nadel 269.
L. J. Menville. Bass-Watkinssche Typhus - Agglutinationsprobe 576.
Menzel. Akute Stirnhöhleneiterung 279.
S. Mer. Todesfälle an Ikterus in der Schweiz 698.
Eduard Merkel. Frauenmilchfett 749.
P. Merklen. Chronische Nephritis 255 — Emotions-Ikterus 255 — Nasale Insuffizienz 255 — Nervöser Ikterus 576 — Respiration bei nasaler Insuffizienz 232 — Unterernährung beim Säugling 749 — Varizellen 255.
J. Merklen, Jean-Jaques Rousseau und **Dessessartz.** Säuglingspflege 232.
Merle. Meningitis cerebrospinalis epidemica 351.
Mermod. Tonsillenbehandlung 269.
E. Méroz und **B. Kjalatoff.** Tuberkulinreaktion 764.
Méry. Freiluftschulen 235 — Tuberkulose und Schule 743 — Tuberkuloseverhütung 764.
Merzbacher-Schiff. Drehlade 598.
R. Meslay. Aorteninsuffizienz 764.
Meslay und **Mérigot de Freigny.** Zerebraler Rheumatismus 758.
Messerschmidt. Bakterien d. Ruhrgruppe 838 — Ergebnisse der bakteriologisch-serologischen Forschung 725 — Sammelreferat über die Bakteriologie des Jahres 1911 mit spezieller Berücksichtigung des Kindesalters 335.
Mestrezat. Analyse der Zerebrospinalflüssigkeit 549.
E. Metchnikoff, E. Burnet und **L. Tarassevitch.** Epidemiologie der Tuberkulose 429.
Metman. Ileus durch Entzündung eines Meckelschen Divertikels 848.
v. Mettenheimer. Bantische Krankheit 68 — Röntgenbilder von Skeletterkrankungen 68.
Mettler. Diagnose der Poliomyelitis anterior acuta 11.
Metzger. Herzmißbildung und Situs inversus 269.
Meumann. Experimentelle Pädagogik 420.
Meurer. Lobecksches Verfahren zur Herstellung einwandfreier Trinkmilch 412.
Meyer. Differenzierung der Tuberkelbazillen 442 — Herzkrankheiten des Schulkindes 743.
Arthur Meyer. Nasale Fortsätze hypertrophischer Rachenmandeln 280 — Schafharn 80.
Felix Meyer. Einfluß gesteigerter Marschleistungen auf die Körperentwicklung 743.
Fritz Meyer. Bauchfelltuberkulose 576 — Behandlung der Diphtherie 255, 344.
L. F. Meyer. Eiweißmilch 557 — Morbidität und Mortalität der Säuglinge 275 — Spasmophilie 471 — Tuberkulide 445.
L. F. Meyer und **H. Finkelstein.** Ernährung mit Eiweißmilch 77.
L. Meyer und **E. Hauck.** Rupturen der Dura-mater 592.
M. Meyer. Toxizität des Epileptikerblutes 800.
Robert Meyer. Hypospadie der Glans penis 850.
W. Meyer. Durch Streptokokken verursachte Euterentzündung 80.
H. Meyersohn. Schulzahnpflege an den Mannheimer Volksschulen 743.
Meylan. Behandlung defekter Knaben 255 — Körperliche Übungen in der Behandlung abnormer Knaben 471.
G. Mezger. Mißbildungen mit Störung des Körperverschlusses 592.
Mezl. Berufsvormundschaft auf dem Lande 709.

M. Mgaloblischwili. An Perityphlitis anschließende intra- und perihepatische Affektionen 592.
M. Michalowicz. Albuminurie mit verringertem Stoffwechsel 855 — Fieber bei gemästeten tuberkulösen Kindern 764 — Orthostatische Albuminurie 218 — Tracheo-Bronchialdrüsentuberkulose 445.
M. Michael. Rumpell-Leedesches Phänomen bei Scharlach 166, 764.
R. Michaelis. Infektionsgefahr bei Tuberkulose 439.
A. de Michelis. Intubation 856.
K. Micko. Gerinnungspunkte des Albumins und Globulins in ammoniumsulfathaltigen Lösungen 80.
N. P. Migay. Blutuntersuchung bei Keuchhusten 577.
Mikinski. Mündelfürsorge in mittelgroßen Städten 710.
Millan. Allgemeine infantile Paralyse 765 — Syphilitische Natur der Chorea 765.
J. D. M. Miller. Atypischer Scharlach 765 — Chronische nasale Diphtherie 577 Diagnose des atypischen Scharlachs 255 — Ödem ohne Albuminurie 240.
B. Miller. Tuberkulinprüfung der Kühe 449.
J. L. Miller und **J. A. Capps.** Epidemie von Angina durch Milch verbreitet 765.
Reginald Miller und **Leonard Parsons.** Renaler Infantilismus 474, 765.
W. Milligan. Ohrentuberkulose 436.
Johannes Million. Kongenitale partielle Hypertrophie 780.
A. Millskennedy. Thymushypertrophie 577.
Milne. Behandlung und Prophylaxe der Masern 465.
E. Miloslavich. Appendizitis 189.
W. Minauer. Kutane Tuberkulinreaktion 445.
M. Minoret. Schilddrüse und Darm 557.
L. Mireaux. Spastische Hemiplegie 255, 577.
W. Missmahl. Spina bifida 592.
O. W. H. Mitchell. Primärer Tumor der Lymphgefäße 592.
A. Mitchell. Sprengels Deformität 269.
W. Mitlacher. Offizinelle Pflanzen und Drogen 862.
M. Mitra. Hämolytische Wirkung von Scharlachstreptokokken 166 — Kardiotuberkulose Cirrhose 255.
N. Mitra und **S. Cannata.** Einfluß einiger Milchfermente auf Mikroorganismen 75.
Wilh. Mittweg. Fettsclerem der Neugeborenen 749.
S. Miura. Anatomie der zerebralen Diplegie 470.
Miwa und **Saito.** Lymphangioma cysticum 592.
Miyauchi. Angeborener Hochstand des Schulterblattes 780 — Halsrippenskoliose 780.
Tetsuo Miyata. Syndaktylie 780.
O. Mizoguchi. Lokalisation der Tuberkulose 436.
Mobilio. Einmündung der Vena frontalis in den Sinus longitudinalis superior 269.
T. Mochizuki. Guajakotuberkulin gegen Keuchhusten 577.
Mocquot. Consultation de nourrissons in Appoigny 275.
Enrico Modigliani. Buttermilch 240, 557.
Moglinicki und **Gundlach.** Elektrargol bei Scharlach 852.
J. Hay Moir. Poliomyelitis anterior acuta in Derbyshire 255.
Moiroud und **Payan.** Mechanischer Darmverschluß bei appendikulärem Abszeß 593.
Americo Mola. Fett bei natürlicher Ernährung 749.
J. Molenaar. Behandlung subkutaner Entzündung 577 — Impfschutz und Impfgefahren 649.
A. Molina. Pathogenese, Klassifikation und Behandlung der Dyspepsie 557.
C. D. F. Molinié. Echinokokkus der Lunge 269 — Lungenechinokokkus 592.
L. Moll. Krankenversicherung und Mutter- und Säuglingsschutz 598.
F. Moeller. Ausnutzung der Zellulose 557.
H. Möller. Doppelter Enddarm 592.
M. Moeller fils. Klumpfußbehandlung 780.
Möllers. Tuberkelbazillen im Auswurf 348.
H. Möllmann. Übergang von Opiumbestandteilen in die Milch 80, 557.

W. J. Moltschanoff. Kutane Tuberkulinreaktion bei akuten Infektionskrankheiten 724 — Tuberkulinreaktion bei akuten Infektionskrankheiten 223, 310 — Rolle der Nebennieren bei Diphtherie und anderen Infektionskrankheiten 467.
W. S. Moltschanoff. Frühdiagnose der Masern 611 — Scharlachherz 611 — Vierte Krankheit 611.
B. Momibliano. Zahnpflege in der Schule 235.
H. Mommen. Tuberkelbazillen im Blut 436.
Johann G. Mönckeberg. Herzmißbildungen 765.
Monges. Zerebrospinalmeningitis oder Poliomyelitis anterior acuta 255.
Mongour. Behandlung der Lungentuberkulose 454.
Mönkemöller. Bericht an das Landesdirektorium der Provinz Hannover 812 — Geistige Abnormitäten bei schulpflichtigen Fürsorgezöglingen 812.
Monnier. Behandlung der Hüftgelenksluxation 780 — Chorea 577.
L. Monnier. Doppelseitige inguinale Ektopie 269.
Monrad. Kaseinklumpen im Kinderstuhl 80.
K. W. Monsarrat und **N. P. Marsh.** Pylorusstenose 240.
S. H. Monson. Buphthalmus 780.
Monteflore. Tracheotomie wegen Fremdkörper 269.
Charles-Julien Montet. Meningeale Hämorrhagie 255, 577, 765.
Montgomery. Ärztliche Schulaufsicht 235 — Diagnose und Behandlung der Diphtherie 577.
Monti. Appendizitis im Bruchsack 701 — Perivaskuläres Sarkom der Nierengegend 701.
C. Monti-Guatnieri. Meningitis purulenta 269.
R. Monti und **Fr. Hamburger.** Tuberkuloseimmunität 441.
Monzels und **Degorce.** Hydrocephalocele 264.
R. O. Moon. Neuropathie 255.
M. Morancé. Abdominale Ektasie 577.
Morancé und **Variot.** Bauchumfang bei verschiedener Ernährung 306 — Kongenitale paroxystische Cyanose 260 — Plätschergeräusch 602, 670 — Raynaudsche Krankheit 187 — Veränderungen des Bauchumfanges 751.
V. Morax. Nichtgonorrhoische Ophthalmia neonatorum 255.
G. Moreau. Infantile und juvenile Kriminalität 598.
A. Morel, E. Weill und **A. Policard.** Gallenpigment im Säuglingsstuhl 243, 261, 560, 751.
W. G. Morgan. Cardiospasmus 256 — Meningealerkrankungen 577.
A. Morgen. C. Beger und **F. Westhausser.** Futterwert des frischen Grases 80 — Verwertung des Ammoniumazetates und des Asparagins 80.
J. Morgenroth. Wirkung der Pyozyanose auf das Diphtherietoxin 577.
A. Mori. Diphtherie beim Säugling 279.
P. Moriac und **E. Bitot.** Spasmogene Diphtherie 754.
P. Morigny. Behandlung der Kniegelenksankylose 592.
Paul Morize. Icterus neonatorum 240, 577.
Enta Morkownikowa. Angeborene Skoliosen 780.
E. Moro. Bedingte Reflexe 226 — Diätetik der Skrofulose **21**, 724 — Molke und Zelle 387 — Natürliche und künstliche Bedingungsreflexe 63 — Neutralrotreaktion der Milch 732 — Rektale Hyperthermie im Kindesalter **430**.
E. Moro und **L. Kolb.** Schicksal von Ekzemkindern 436.
Morosoff. Diphtherie bei Neugeborenen und Säuglingen 279.
L. Morquio. Mißbildung der Gallengänge und Thymushypertrophie 765.
W. Morres. Haltbarkeitsprüfung der Milch 80 — Reduktaseprobe, Säuregrad und Alkoholprobe 80.
Morris. Pflaumenmuserbrechen 557 — Pruriginöses Ekzem und Lichenisation 616.
Morrow. Verhältnis der venerischen Krankheit zur Säuglingssterblichkeit 275.
Morse. Malzzucker und hohe Kaseinsätze bei der Säuglingsernährung 20 — Ösophagusstenose 690 — Pylorospasmus 557 — Spinaler Typus der Kinderlähmung 11 — Kinderlähmung 577 — Meningitis 577.

J. L. Morse und **F. B. Talbot.** Physiologie und Pathologie der Kohlehydratverteilung 240.
Mary Elizabeth Morse. Blutplättchen 741 — Organismen der Diphtheriegruppen 765.
R. Morton Hewitt. Heine-Medinsche Krankheit 577.
Mosby. Zerebrospinal-Meningitis 577.
Moscheowitz. Uterine Adnexe in Säuglingshernien 592.
Albert Mosenthal. Brachydaktylie 780.
G. B. Moss-Blundell. Epidemische Poliomyelitis in Huntingdonshire 577.
M. Mosse und **G. Tugendreich.** Krankheit und soziale Lage 860.
W. O. Motschan. Vakzinetherapie der Gonokokkenvulvovaginitis 225.
Motschin. Tuberkulose im ersten Lebensjahr 577.
Albert Mouchet. Umbilicale Hernie 780.
A. Mouchet und **Demelin.** Kongenitale seröse Halszyste 264.
A. Mouchet und **O. Pizon.** Spina bifida 592.
A. Mouchet und **Ségard.** Coxa vara 780.
A. Mouchet und **Smester.** Nabelhernie 782.
René Mouchet. Protozon in den Organen 232.
G. Mouriquand. Diagnose und Prognose der Pneumonie 577 — Intrarektale Injektion von Antidiphtherieserum 577.
Mouriquand und **Weill.** Eiweißmilch 560, 751 — Myocarditis bei Scharlach 261, 586 — Plötzlicher Tod bei Scharlach-Myocarditis 261.
G. Mouriquand, E. Weill und **Gardère.** Nierentumor 596.
F. Moutier und **Guinon.** Thymushypertrophie 185.
H. Moutot und **J. Nicollas.** Sclerodermie en plaques 765.
H. Much. Immunbiologische und klinische Tuberkulosestudien 172.
Much und **Leschke.** Tuberkulose 349.
Mucha. Ohrenerkrankungen 292.
Mügge. Lebersche familiäre Optikusatrophie 2.
A. Muggia. Pulsveränderung 232.
Mühlfelder. Vergiftungen mit Stramonium und Morphium 538.
Müller. Säuglingspflege zu Luthers Zeit 598.
Eduard Müller. Bulbäre Form der epidemischen Kinderlähmung 43, 765 — Epidemiologie der spinalen Kinderlähmung 494 — Ernährung debiler Kinder mit molkenreduzierter Milch 80 — Frühdiagnose der epidemischen Kinderlähmung **281** — Serodiagnose der epidemischen Kinderlähmung 44 — Symptomatologie des Frühstadiums der epidemischen Kinderlähmung 496.
F. Müller. Ästhetisches und außerästhetisches Urteilen des Kindes 549.
G. Müller. Angeborener Defekt des Musculus sterno-cleido-mastoideus 269.
Hans Mueller. Situs inversus partialis 592, 780.
J. Müller. Ätiologie und Therapie des Nabelschnurvorfalles 577.
Kurt Müller. Reflexe beim Neugeborenen 741.
L. Müller. Berufsvormundschaft in Österreich 709.
O. Müller. Serumkrankheit 577.
Paul Th. Müller, Karl Helle und **H. Poda.** Schwankungen in der Zusammensetzung der Milch 748.
R. Müller. Milchdrüsensekretion jungfräulicher Kalbinnen 80.
W. Müller und **O. Allemann.** Chemismus der Labwirkung 73.
Müller-Kögler. Milchleistungsprüfungen bei Ziegen 80.
K. v. Müllern und **G. Großmann.** Primärerkrankungen der hämapoetischen Organe 28.
H. Münsterer. Leberzirrhose beim Kind 577.
Muratel, Sabrazès und **Lande.** Leichenblut 549.
W. v. Muralt. Droserin gegen Keuchhusten 256 — Keuchhusten 346.
J. R. Murlin und **Th. Carpenter.** Energiestoffwechsel von Mutter und Kind 553.
T. J. Murphy und **E. A. Locke.** Fürsorge für tuberkulöse Kinder in Boston 598.
R. W. Murray. Behandlung der Gaumenspalten 269, 593.
H. Murschhauser. Gasstoffwechsel bei Außentemperaturen 557.

H. Murschhauser und **St. Engel.** Einfluß des Harnstoffes auf Blut und Milch stillender Frauen 76 — Zusammensetzung der Frauenmilch bei Nephritis 76.
H. Murschhauser und **A. Schloßmann.** Einfluß mäßiger Temperaturschwankungen auf den respiratorischen Stoffwechsel 559.
Mc Murtrie. Fürsorge für verkrüppelte Kinder 275 — Krüppelfürsorge 598.
L. Musante und **A. Funaro.** Milch 77.
M. G. Mutel. Behandlung des angeborenen Klumpfußes 269, 593 — Genu recurvatum 269.
C. Muthu. Antiseptische Inhalation bei Lungentuberkulose 454.
Myers. Spontane Blutung der Neugeborenen 749 — Subkutane Einspritzung von Menschenblut bei Hämophilie der Neugeborenen 178.
Myersoll. Nase und Nasopharynx. 280.

Naamé. Behandlung des Keuchhustens mit Ichthyol 346.
A. Nadeau. Stillen 240.
Nadoleczny. Anaphylaxie und interne Sekretion 279.
A. Nagamachi. Doppelmißbildung 593.
Nager. Hereditär-luetisch erkrankte Gehörorgane 292.
Nageotte-Wilbouchewitch. Infektionskrankheiten und Schule 656 — Intoxikation durch flüssige Milch und Toleranz für Trockenmilch 154 — Skoliosebehandlung 190.
Nikolaus Nahm. Stillen tuberkulöser Mütter 749.
M. Narkirier. Yoghurt 557.
A. Natanson. Solitäre Tuberkulose des hinteren Augenabschnittes 436.
J. Nathanson. Halbseitiger chondrosystrophischer Zwergwuchs 765, 780.
M. Natier. Ozaena, Ernährung, Atmung 256.
Natzler. Sehnenüberpflanzungsnaht 329.
J. C. Navarro. Chronischer Rheumatismus 577.
J. C. Navarro und **M. Acuna.** Bronchektasie 244.
Navialle und **Variot.** Kalorimetrie 751.
Nawratil. Kinderschutzamt und Berufsvormundschaft in Mähr.-Ostrau 709.
W. J. Mc Neal und **Chas. F. Briscoe.** Tuberkulose bei Tieren 75.
E. Nebel. Multiple Sklerose 702.
B. L. J. H. Nebout. Geburtenrückgang 577.
Neele B. Neelen. Behandlung von straffälligen Jugendlichen 471.
Neelen. Moderne Behandlung jugendlicher Verbrecher 276.
Neff. Abdominaltyphus 577 — Künstliche Ernährung in den ersten 3 Lebensmonaten 18.
Negri und **Raynaud.** Melitensis et Paramelitensis 671.
G. Negroni. Nabel-Adenom 269.
Charles Mc Neil. Kutanreaktion bei Tuberkulose 676.
Ch. M'Neil. Kutane Tuberkulinprobe 577.
M. Neisser. Kochpasteurisierung von Kindermilch 80.
R. B. Ness. Akuter Rheumatismus 765.
Netter. Infektionskrankheiten und Schule 656 — Poliomyelitis in Frankreich 504 — Prophylaxe der übertragbaren Krankheiten in Schulen 743.
Netter und **Gendron.** Zerebrospinalflüssigkeit bei tuberkulöser Meningitis 442.
Berthold Netter. Philert und **René Porak.** Vakzinale Allergie bei Röteln 765.
Arnold Netter und **René Porak.** Vakzinale Allergie bei Scharlach 765.
Neubauer und **Fuchs.** Niedrige Tuberkulindosen 349.
Ludwig Neufeld. Ozaena, chronische Diphtherie und Rachendiphtherietod 35, 578.
Fred. Neufeld und **Ludwig Haendel.** Heilwert und Antitoxingehalt des Diphtherieserums 344, 765.
Hans Neugebauer. Icterus catarrhalis 180.
Paul Neukirch. Ikterische Zellen im Blute 749 — Ikterische Zellen im Blute bei Icterus gravis neonatorum 578.
Neumann. Salvarsan, Schädigung des Vestibulapparates 292 — Schularztdienst im Landkreise Mettmann 551 — Tuberkulose-

behandlung mit großen Tuberkulindosen 454.
H. Neumann. Fettpolster 305 — Infektiöse Labyrintherkrankung 293.
Hermann Neumann. Nährwert und Verwendung der Sojabohne 738.
P. Neumann, O. Kellner und **E. Weiniger.** Getrocknete Hefe als Futtermittel 78.
W. Neumann, G. Leimsner und **J. Bartel.** Einwirkung von Organen auf den Tuberkelbazillus 441.
Käthe Neumark. Verzögertes Auftreten von Impfpusteln bei Masern **222.**
Neurath. Fettkinder 788.
Rudolf Neurath. Nervöse Komplikationen und Nachkrankheiten des Scharlachs 578.
R. Neurath, B. Gomperz und **C. Hochsinger.** Festschrift für M. Kassowitz 857.
M. Neustaedter. Anormale Kinder 471 — Ätiologie und Prophylaxe der Minderwertigkeit 276 — Littlesche Krankheit 256 — Neuropathische Konstitution bei Poliomyelitis 522.
Neustaedter und **Thro.** Experimentelle Poliomyelitis 11.
Newberger. Tetanus bei Verbrennungen 689.
H. P. Newsholme und **D. Forbes.** Membranöse Rhinitis 310, 567.
Nicod. Chirurgische Behandlung der Kinderlähmung 765 — Chirurgische und orthopädische Behandlung der Littleschen Krankheit 593.
Nicolas. Milch 80.
Nicoll. Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 632.
A. Nicoll. Antistreptokokkenserum bei Scharlach 578.
M. Nicoll. Ätiologie des Scharlachs 256, 578 — Salvarsan bei Noma 256 — Sepsis bei Scharlach 256.
Nicoll und **Fiedler.** Mastoiditis mit allgemeiner Sepsis 670.
Matthias Nicoll und **Anna W. Williams.** Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 632, 765.
J. Nicollas und **H. Moutot.** Sklerodermie en plaques 765.
C. Nicolle. Salvarsan bei Kala-azar 256.
Ch. Nicolle und **E. Conseil.** Exanthematischer Typhus 578 — Experimentelle Masern 765.
C. Nicolle, A. Cortesi und **E. Lévy.** Salvarsan bei Kala-azar 256.
G. Nicollon des Abbayes. Tuberkulose der Wirbelsäule 578, 593 — Untersuchung der tuberkulösen Wirbelsäule 269.
William R. Nicholson. Behandlung der Melaena neonatorum 557.
Nicholson. Melaena neonatorum 164.
Nicloux. Übergang des Kohlenoxyds von der Mutter auf das Kind 741.
Nicloux und **Balthazar.** Kohlenoxydvergiftung 765.
A. Niemann. Ernährung an der Brust 557.
Albert Niemann. Kalkbilanz eines künstlich genährten Säuglings 304 — Stoffwechsel bei angeborenem Verschluß der Gallengänge 215.
M. Nierenstein. Umwandlung der Eiweißkörper 80.
M. Njewjadomski. Diphtherische Pleurapneumonie 578.
Nitzelnadel. Therapeutisches Jahrbuch 650.
U. Nizzi. Peritheliom des Hodens 578.
Antenore Nizzoli. Hysterische Astasie 765.
P. Nobécourt. Consultations de nourrissons 785 — Diagnose der Tuberkulose 256, 578 — Digitalin und Theobromin 232 — Ernährung tuberkulöser Kinder 454 — Hämatologie und Knochenveränderungen bei Barlowscher Krankheit 491 — Keuchhustenbehandlung 256 — Krippen und Heime 738 — Nahrungsmenge des Säuglings 240 — Perikarditis 256 — Stillschwierigkeiten 749.
Nobécourt und **Darré.** Harnstoff des Liquors bei Nephritis 766 — Harnstoff der Zerebrospinalflüssigkeit bei Nephritis 578.
Nobécourt und **Hutinel.** Akute Kolitis 748.
P. Nobécourt und **Paisseau.** Anasarka beim Säugling 269 — Diurethische Wirkung des Digitalins und des Theobromins 210.
P. Nobécourt und **G. Schreiber.** Zucker in der Säuglingsernährung 240, 749.
P. Nobécourt und **Sevestre.** Meningitis cerebrospinalis 256 — Zerebrospinalmeningitis 766.

Nobécourt, Sevestre und **Bidot.** Harnstoffgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit 609.
Nobécourt und **Léon Tixier.** Kongenitale Hämophilie und Purpura 766.
Edmund Nobel. Arthritis chronica progressiva 196 — Ekthyma im Verlaufe von Varizellen 700.
G. Nobl. Pathologie vakzinogener Ausschläge 724 — Vakzinogene Ausschläge 526.
G. Nobl und **K. Fluß.** Intrakutanreaktion bei Syphilis 176.
Heinrich Nodop. Hereditärer Nystagmus 766.
C. T. Noeggerath. Salvarsanbehandlung 724 — Salvarsanbehandlung syphilitischer Säuglinge 41, 625 — Stillverbot bei Tuberkulose 449, 766 — Verlabbarkeit von Säuglingsmilchen 390.
C. Noeggerath und **V. Salle.** Headsche Zonen bei beginnender Tuberkulose 445.
V. Noguchi. Kongenitaler partieller Darmdefekt 780 — Reinzüchtung der Spirochäte des Rückfallfiebers 689 — Züchtung der Spirochaete pallida 673.
J. Noguès. Lumbalpunktion bei Krämpfen 578.
F. Nohl. Gelatinebehandlung der Melaena neonatorum 557.
J. Noir. Ernährungstherapie 240.
O. Nordmann. Diphtherieepidemie 468.
Nordmann und **Maurin.** Aorten-Atherom 269.
van Normann. Reine Milch 240.
Nörregaard. Statistik der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten 280.
W. A. Northridge. Milch 240.
Northrup. Säuglingsskorbut 749.
W. P. Northrup. Verhütung von Infektionskrankheiten im Krankenhaus 598.
H. Nothmann. Nichtdiabetische und experimentelle Glykämie und Glykosurie 240.
F. E. Nottebohm und **W. Weißwange.** Eisenbestimmung in der Milch 749.
J. Novak und **F. Rangel.** Tuberkelbazillennachweis in der Plazenta 430.
Nové-Josserand. Inguinalhernie 780 — Operative Indikation bei Koxitis 269.
M. Novogrodsky. Bewegungsmöglichkeit in der Wirbelsäule 549.
Nowack und **Ranzel.** Placenta tuberculosa 348.
J. Nuel. Sanitätsgesetzentwurf in Belgien 738.
Nun. Scheintod 766.
A. W. Nuthall. Kongenitale Dislokation der Schulter 593.
J. Nutt. Gelenktuberkulose 454.

E. L. Oatman. Maculo-cerebrale Degeneration 256.
Obermüller. Konservative Behandlung der akuten Mittelohrentzündung 293.
Friedrich Obländer. Ösophagusatresie 780.
J. Odstrcil. Primäres multiples Riesenzellensarkom der Haut 724.
Masakiyo Ogata. Rachitis und Osteomalazie 256, 307.
Johannes Oehler. Lokale Eosinophilie bei chirurgischen Darmaffektionen 848.
R. Oehler. Yoghourtkontrolle 80.
T. Okada. Peritonealtuberkulose 578.
Oker-Blom. Messung der sagittalen Bewegungen der Brustwand 549.
Okuse. Anatomie des Ectropium uveae congenitum 2.
Aceste Oliari. Augenstörungen bei Tetanie 578 — Myatonia congenita 256, 766.
E. Olivier. Anatomie und Chirurgie der Thymus 232.
F. Olivier. Chirurgische Behandlung der Thymushypertrophie 766.
Eugène Olivier. Topographische Anatomie und Chirurgie der Thymus 741.
Olivier und **Boidard.** Hypothermie bei Epilepsie 800.
The Oliver. Bleivergiftung 256.
Hans Oloff. Persistierende Akkommodationslähmung nach Diphtherie 578, 766.
D'Oelsnitz. Latente Thymushypertrophie 29 — Säuglingsschutz in Deutschland 276 — Sternovertebrale Transsonanz 691, 780 — Thymushypertrophie 766.
M. d'Oelsnitz und **A. Balestre.** Gouttes de Lait in Nizza 229.
D'Oelsnitz und **Paschetta.** Thymushypertrophie 29.
W. Ollendorff. Doppelseitiger kongenitaler Klavikuladefekt 593.

Ollerenshaw. Coxa vara 269.
L. Ombrédanne. Adeno-Phlegmone 269 — Chirurgische Behandlung der Folgen der Poliomyelitis 506 — Darminvagination 269, 780 — Hypospadie 269 — Kongenitale Hüftgelenksluxation 269 — Nabelhernie 780 — Osteomyelitis 269, 780 — Retro- und Lateropharyngealabszesse des Halses 269 — Tarsektomie bei Pes valgus 780 — Traumatische Epiphysentrennung 269.
Ombrédanne und **Lance.** Skoliosenbehandlung 780.
A. Onodi. Intrakranielle und zerebrale Komplikationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen 281.
E. Opitz. Milchsekretion und Ernährung der Neugeborenen 557 — Physiologie der Milchsekretion und der Ernährung des Neugeborenen 240.
Richard Oppenheim. Dermatitis exfoliativa neonatorum 780.
Oppenheim. Dysbasia lordotica progressiva 793.
Oppenheim und **Vogt.** Kongenitale und infantile Pseudobulbärparalyse 791.
Oppenheimer. Ohren-, Nasen- und Rachenkomplikationen der Influenza 578.
Oppikofer. Kehlkopf, Luft- und Speiseröhre bei Scharlach 282 — Nakrotisierende Entzündung bei Scharlach 578.
Ordway und **Shaw.** Muskuläre Pylorushypertrophie 242.
O'Reilly. Kinderlähmung in Missouri 11.
A. Orrillard und **Héron.** Darminvagination 266.
Norbert Ortner. Spezielle Therapie innerer Krankheiten 420.
H. P. T. Oerum. Bestimmung des Milchfettes 80.
Orundjiew. Leukopenie beim Abdominaltyphus 682.
Th. B. Osborne und **H. H. Guest.** Hydrolyse und Kasein 80.
Oseki. Meningitis und Enzephalitis bei akuten Infektionskrankheiten 165.
M. Ostheimer. Diagnose des Scharlachs 256.
Stanislaus Ostrowski. Morphologie des Blutes bei Rachitis 219, 578, 766, 856.
Otis. Krankheiten unter Schulkindern 604.
Ott. Pneumonischer Atmungszyklus 668.
C. Ott. Prophylaxe der Infektionskrankheiten in französischen Volksschulen 235.
J. Ott und **John C. Scott.** Milchsekretion 80.
A. Otto. Immunotherapie des Scharlachs 578.
Ottolenghi. Kapsel der Milzbrandbazillen 349.
J. Oumansky. Widerstandsfähigkeit der Femurdiaphyse 593.
Motoi Oyamada. Riesenkinder 269, 307, 780.
St. Ozegowski. Thymustod 578.
S. Ozeki. Latente Meningitis und Enzephalitis bei akuten Infektionskrankheiten 578.

Dante Pacchioni. Icterus neonatorum 749.
Th. Paganetty. Scharlachepidemie in Göttingen 578.
Page. Diphtheriebazillenträger 256, 344, 578.
Hermann Ernst Pagenstecher. Entstehung von angeborenen Staren und Mißbildungen 766 — Experimentelle Erzeugung von angeborenen Staren 2.
Paget-Lapage. Fieber mit ungewisser Ätiologie 611.
Pagliano und **de Luna.** Hanotsche Cirrhose mit sekundärem Infantilismus 578, 766.
Paine und **Poyntau.** Ätiologie der Appendizitis 670.
A. Paine und **E. J. Poynton.** Studien über Rheumatismus 593.
Paisseau und **P. Nobécourt.** Anasarka beim Säugling 269 — Diuretische Wirkung des Digitalins und des Theobromins 210.
Paisseau und **Tixier.** Tuberkulinintrakutanreaktion 579.
G. Paisseau und **Jean Troisier.** Meningitische Form der Poliomyelitis anterior acuta 256.
L. Pakuscher. Schicksal der Wasserköpfe 579.
N. Pakuschkin. Topographie des Nabels 741.
Ph. Palanqui. Mißbildung 593.
Palasse und **Genet.** Augengangrän 249.
B. Pallou. Aphthen-Epizootie des Rindviehs 598.
William Palmer, Lucas und **Edward Lewis.** Masern bei Affen 575.

H. K. Pancoast und **J. F. Sinclair.** Akute Epiphysitis 189, 583, 595.
L. Panisset. Tuberkulose und Milch 557, 766.
Pannwitz. Das Deutsche Rote Kreuz und die Tuberkulose 449 — Freiluftschulen Hohenlychen 449.
Rudolf Panse. Pathologische Anatomie des Ohres 707.
Papanokolaon. Wildescher Schnitt 293.
Pappenheimer. Lebernekrosie 270.
Paraf, Triboulet und **Debré.** Meningokokkenerkrankung mit Purpura 771.
M. Parhon. Einfluß der Schilddrüse auf den Kalkstoffwechsel 743.
A. Paris. Nasaler Verschluß 593.
Park. Erreger der Masern und des Scharlachs 579.
Edwards A. Park und **W. C. Mc Guire.** Perkussionsmethoden der vergrößerten Thymus 766.
W. Park. Bovine Tuberkulose 439, 442.
W. H. Park und **Charles Krumwiede** jun. Bedeutung der Tuberkelbazillen vom Typus bovinus und Typus humanus 38.
Parker. Diagnose und Behandlung der Zerebrospinalmeningitis 579.
J. P. Parkinson. Kongenitale Dilatation des Colons 270.
R. M. L. Parouty. Blutgerinnung 549.
Reinhardt Parreidt. Durchbruch der Milchzähne 741.
Leonard Parsons. Infantilismus mit chronischer interstitieller Nephritis 256, 579 — Pathologie und Epidemiologie der Polioenzephalomyelitis 766.
Leonard Parsons und **Reginald Miller.** Renaler Infantilismus 474, 765.
Paschen. Pockendiagnose 354.
Paschetta und **d'Oelsnitz.** Thymushypertrophie 29.
Pasquier. Isolierung von Kindern mit Otitis 235.
Passini. Anaerob wachsende Darmbakterien 358.
Päßler. Mandelinfektionen 281.
Pastia, Landsteiner und **Levaditi.** Poliomyelitis 762.
M. Pastia, C. Levaditi und **K. Landsteiner.** Heine-Medinsche Krankheit 574.
Patel. Behandlung des Mega-colon 780.
Pauchet. Operative Behandlung einer geniturinären Mißbildung 780.
Pauchu und **Payet.** Kongenitales Schädelangiom 270.
W. E. Paul. Freuds Psychologie 766.
Paul-Boncour. Abnorme Kinder 256.
Chr. Paulsen. Säuglingssterblichkeit in Mecklenburg 598.
Ernst Paulsen. Cholelithiasis 525, 780.
Marc. Paunz. Laryngoskopie und Tracheo-Bronchoskopie 475,622.
Payan und **Moiroud.** Mechanischer Darmverschluß bei appendikulärem Abszeß 593.
Payet und **Plauchu.** Kongenitales Schädelangiom 270.
Pawlowsky. Immunisierung gegen Tuberkulose 348.
Peabody. Pathologie der akuten Poliomyelitis 522.
Francis W. Peabody und **George Draper.** Zerebrospinalflüssigkeit und Blut bei Poliomyelitis acuta 566, 756 — Zerebrospinalflüssigkeit bei Poliomyelitis 521.
Peabody, Flexner und **Draper.** Poliomyelitis 521.
Francis W. Peabody, George Draper und **A. R. Dochez.** Akute Poliomyelitis 766.
Raymond Pearl. Vererbung der Fruchtbarkeit 741.
G, H. Pearson. Meningitis mit Kolibazillenbefund in der Zerebrospinalflüssigkeit 766.
M. C. Pease und **G. R. Pisek.** Anaphylaxie 232, 257, 549.
Péchin und **Ducroquet.** Steilschrift 605.
H. Pechstein. Ausscheidung der Magenfermente im Säuglingsharn 81.
P. van Pee. Salvarsan bei Chorea 846.
M. Péhu. Darmtuberkulose 439 — Intradermoreaktion 256, 766 — Säuglingsfürsorge in Deutschland 785.
Otto Peiper. Rachitis in Deutsch-Ostafrika 579.
M. Péhu und **E. Weill.** Peritonitis tuberculosa 437.
M. Peigné. Les petits Thorax 473, 549.
Peiper. Tuberkulinreaktion 429.
Albrecht Peiper. Malignes embryonales Leberadenom 472.

E. Peiper. Säuglingssterblichkeit in Pommern 785.
Otto Peiper. Rachitis in Deutsch-Ostafrika 579.
G. Peiser. Coxa-vara-Bildung nach Hüftluxation 270.
J. Peiser. Behandlung akuter Ernährungsstörungen beim Säugling **175** — Konservierte Ammenmilch 543 — Organisierte Säuglingsfürsorge 598 — Phimose und Hydrozele 325.
M. Peiser. Angeborener Herzfehler 579.
H. Pelka. Eiweißmilchanalysen 81.
G. Pelletier. Behandlung der Ellbogenfrakturen 593 — Fraktur des Ellbogens 270.
F. Pellissier. Keuchhusten und Morphin 579.
Peltesohn. Coxa vara 322.
Siegtfried Peltesohn. Kongenitale Mißbildungen der Extremitäten 780 — Orthopädisch-chirurgische Behandlung der Lähmungen 541 — Subkutane Arthrodese 324.
P. de Pena. Ektopie des Anus 270.
Nicolò Pende. Klinischer Begriff und Pathogenese der Infantilismen 579, 661 — Status thymicus 579.
W. J. Penfold und **C. E. Hort.** Gefahren der Salzinjektionen 239.
M. Péraire. Eingeklemmte Hernie 270.
Péraire. Kongenitale Hüftgelenksluxation 781.
Péraire und **Mayet.** Unblutige Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksluxation 270.
Peretz. Blindheit bei ägyptischen Kindern 766 — Ursachen und Frequenz der Blindheit bei ägyptischen Kindern 256.
L. Perewalowa. Veränderungen der Milz nach Verbrennung 593.
E. Périer. Kopfschmerz 766 — Pavor nocturnus 766 — Semiologie der kindlichen Kopfschmerzen 579.
P. Périer. Seebehandlung bei Skrofulose und Rachitis im Seehospiz Capbreton 579.
Périer, Potherat und **Kirmisson.** Operative Behandlung der Spina bifida 267.
A. F. Perigal. Erythema nodosum nach Masern 256.
G. Peritz. Enuresis nocturna und Spina bifida occulta 44, 806.
Ephim-Chaim Perlis. Spina bifida 781.
Samuel Perlis. Foerstersche Operation bei Littlescher Krankheit 593.
J. Perlmann. Heißluftbehandlung der Ekzeme im Säuglingsalter 32, 724.
G. G. Perrando. Zellelemente in den Organen Neugeborener 741.
A. Perrier. Tuberkulöse Meningitis 257.
H. Perrier. Elektrargol bei Bronchopneumonie 579.
Perrin. Vulvo-Vaginitis 270, 579, 767.
M. Perrin. Frühzeitiger Schulbesuch 235.
Pierre-Antoine Perrin. Quecksilberdämpfe und Milchsekretion 240, 557.
A. Perron. Stillen während der Schwangerschaft 558.
F. Peruzzi. Primäre Amyotrophie 257.
Francesco Peruzzi. Spasmophilie 767.
Felix Petermöller. Behandlung des Nabelschnurrestes 177, 579.
Peters. Erwerbsarbeit der Volksschulkinder in Halle 235 — Kongenitale Hornhauttrübungen 2.
Petersen. Erzieherische Aufgaben der Berufsvormundschaft 710.
G. P. Peterssen. Angeborenes multiples Kavernom 579.
P. Petit. Multiple Mißbildungen 593.
G. Petit und **L. Marchand.** Epilepsie bei Mutter und Kind 254, 576, 764.
P. Petit, Pironneau und **G. Variot.** Asymmetrischer Pseudo-Hydrocephalus 273.
T. Petit und **A. Zuber.** Noma 784.
G. Petitjean. Pyelonephritis 270.
Karl Petrén. Akromegalie 767.
Petrucci. Übergang von Blei, Phosphor, Arsen und Quecksilber von der Mutter auf den Fötus 232.
Petruschky. Diphtherieschutz der Schulkinder 743 — Entkeimung von Bazillenträgern 840.
J. Petruschky. Streptokokken in der Milch 81.
C. A. Pettavel. Herdförmige Degeneration der Thyreoidea-Epithelien bei Purpura 257, 579, 767.
Pettersonn. Epidemiologie der Poliomyelitis 504.
Alfred Pettersson, Carl Kling und **Wilhelm Wernstedt.** Übertra-

gungsmodus bei Heine-Medinscher Krankheit 761.
A. Pettersson, W. Wernstedt und **C. Kling.** Heine-Medinsche Krankheit 573.
W. Peyer. Schutzstoffe 549.
M. v. Pfaundler. Hungernde Kinder 51, 643 — Kindliche Krankheitsanlagen 364 — Körpervolum- und Körperdichtbestimmung beim Säugling 22 — Universitäts-Kinder-Klinik zu München 146 — Virginelle Laktation 81.
Pfaundler-Schloßmann. Handbuch der Kinderheilkunde 331.
P. Pfeiffer. Nierensyphilis 579.
H. Pfeiffer und **O. Albrecht.** Harntoxizität 164.
R. Pfeiffer und **Bessau.** Serumtherapie des Typhus abdominalis 683.
Th. Pfeiffer und **H. Trunk.** Einwirkung von Fermenten auf Tuberkulin 81.
Pfender. Tuberkulöse Meningitis 579.
E. Pfersdorff und **K. Stolte.** Ausnutzung von Mehl- und Grießbreien beim Säuglinge 476.
H. Pflugradt. Nachweis von erhitzter Milch 749.
Plörringer. Infantilismus 767.
Phalen und **Callison.** Vakzinebehandlung bei Typhus 257.
Ch. L. Phalippon. Cyclopie 593.
Philbert, René Porak und **Berthold Netter.** Vakzinale Allergie bei Röteln 765.
Philippe. Trockenmilch 749.
E. Philippe. Verwendbarkeit der neueren Milchprüfungsmethoden 81.
Philippsborn. Ovarialsarkom 539.
Phillips. Akute gelbe Leberatrophie 257.
E. Philips. Säuglingsfürsorge in Belgien 785.
M. Philips und **E. Glynn.** Spirochaete pallida 257.
E. Pick. Sklerom 281.
Friedel Pick. Vererbung von Krankheiten 232.
Walter Pick. Ätiologie der Impetigo und der Conjunctivitis eczematosa 32, 725.
W. Pick. Papulo-nekrotisches Tuberkulid 436.
Felix Pielsticker und **Hans Vogt.** Künstlicher Pneumothorax 143, 669.
W. Pieper. Gemüseverdauung 558.
R. W. C. Pierce. Ätiologie des Scharlachs 257, 579.
Gino Piéri. Angeborene Hüftgelenksverrenkung 781.
E. Piéri. Ano-rektale Imperforationen 781.
M. Pierre. Abdominale Ptose 270.
Pierson. Prophylaxe des Scharlachs 579.
Piery. Ansteckungsgefahr durch Schweiß Tuberkulöser 825.
C. Pietrkowski. Hysterie 579.
Johannes Pietzsch. Atresia ostii aortae congenita 593, 781.
Hans v. Pieverling. Fötale Wassersucht 781.
Otto Piffl. Nasale Reflexneurosen 282.
M. J. J. A. Pigasse. Vormundschaft der Armenkinder 599.
Pigeaud. Polymorphes Erythem 257.
Jean Pignot, Levaditi und **Leoneano.** Heine-Medinsche Krankheit 575, 762.
G. Piguero. Epileptische Konvulsionen und adenoide Vegetationen 767.
Pilf. Kreisärztliche Beaufsichtigung der Haltekinderstellen 599.
Pillinger und **Tonney.** Verwendung der Vakuumflasche 606.
Pillon. Wassermannsche Reaktion beim Neugeborenen 257, 579.
Ludwig Pincussohn. Medizinisch-chemisches Laboratoriums-Hilfsbuch 862.
Fr. W. Pinneo. Anästhesie 593.
Pinneo. Narkose 270.
W. J. H. Pinninger. Catarrhalischer Ikterus in epidemischer Form 579.
L. Pins. Gefrierpunktserniedrigung der Milch und Milchkontrolle 558.
M. Piorkowski. Serodiagnostik 649.
Piotrowska. Anatomie der Kinderlähmung 579.
Pironneau. Bronchopneumonie 767 — Säuglingsdiarrhöe 749.
Pironneau, G. Variot und **P. Petit.** Asymmetrischer Pseudo-Hydrocephalus 273.
v. Pirquet. Allergie 427 — Aufgaben der Gemeinden in der Tuberkulosebekämpfung 449.
C. v. Pirquet. Boxstation der Wiener Kinderklinik 398 — Kutane Tuberkulinprobe 445.
V. v. Pirquet. Masern 579.

Clemens v. Pirquet. Tuberkulose des Kindesalters 427, 767 — Wiener Universitäts-Kinderklinik 276, 599.
Pirson. Peptoninjektion bei Werlhofscher Krankheit 579.
Pisek. Influenzameningitis 580 — Milchversorgung und Säuglingssterblichkeit 276 — Poliomyelitis anterior acuta 11.
G. R. Pisek und **T. H. Coffen.** Polygraph 183, 549 — Polygraph in der Herzdiagnose 257.
G. R. Pisek und **M. C. Pease.** Anaphylaxie 232, 257, 549.
A. Pissavy. Erblichkeit der Tuberkulose 430.
L. Pissot und **P. Chaussé.** Verkäsung bei Tuberkulose 435.
Moritz Pistor und **Eduard Dietrich.** Abnahme der Geburtenziffer in Preußen 785.
W. P. Piwowaroff. Pneumokokkeninfektion 225.
O. Pizon und **A. Mouchet.** Spina bifida 592.
Place. Bakteriodiagnostik. Intubation und Serotherapie bei Diphtherie 767.
E. H. Place. Vincents Angina 580.
B. Plantengy. Rohe Milch 605.
Plaskuda. Sterotypien und sonstige katatonische Erscheinungen bei Idioten 818.
Erich Plate und **Felix Lewandowsky.** Symmetrische Schwellung der Speichel- und Tränendrüsen 839.
N. D. Platon und **E. P. Catheart.** Milchzuckerproduktion in der Milchdrüse 80.
W. Platz. Recht des ungeborenen Kindes auf Leben 599.
P. E. Plaziat. Coxa valga 270.
Plauchu. Insufflationsmethode von Meltzer und Auer 176 — Mortalität der Frühgeborenen 240 — Scheintod 257, 580, 844.
E. Plauchu und **R. Rendu.** Fett der Frauenmilch 240, 749.
Plaut und **Göring.** Kinder und Ehegatten von Paralytikern 818.
Plumier. Herzschwäche 767 — Orthostatische Albuminurie 580, 767.
L. Plumier. Physiologische Wirkung des Cafeins 842 — Prophylaxe der Diphtherie 257.
H. Poda, Paul Th. Müller und **Karl Helle.** Schwankungen in der Zusammensetzung der Milch 748.
Poignard. Epidemisches Auftreten von katarrhalischem Ikterus 308.
Polak. Diphtherieserum bei Erysipel 351.
Poelchau. Bekämpfung der Masern durch Schulen 744.
G. Poelchau. Ernährung der Schulkinder 551 — Unterernährung der Schuljugend 744.
J. Polenaar und **H. Filippo.** Physikalisch-chemische Eigenschaften der Milch 81.
A. Poletajeff. Parotitis epidemica 225.
A. Policard, A. Morel und **E. Weill.** Gallenpigmente im Stuhl 243, 261, 550, 751.
Rudolf Pollak. Erworbenes Myxödem 198 — Erythema nodosum und Tuberkulose 679, 725 — Kind im tuberkulösen Milieu 430, 580, 767 — Ösophagusatresie 702 — Säuglingstuberkulose 435, 436, 580, 767.
Rudolf Pollak und **Adolf F. Hecht.** Störung der Reizleitung am Herzen 699.
Luigi Pollini. Befund und Verteilung von Kohlenpulver in den Lungen 767.
H. Pollitzer. Der durch Essigsäure fällbare „Eiweißkörper" bei orthotischen Albuminurien 179.
Pöllot. Atypische Chorioretinitis pigmentosa hereditaria 3.
Lawrence A. Pomeroy. Vaginale Hämorrhagie beim Neugeborenen 574.
A. Poncet. Polymorphe tuberkulöse Infektion 436.
A. Poncet und **R. Leriche.** Tuberkulose 257.
B. v. Ponicki. Chemische Zusammensetzung der Kuhmilch 81.
Pont und **Savarlaud.** Osteomyelitis der Rippen 272 — Überzähliger Daumen 272.
A. M. Popoff. Chorea rythmica hysterica infantum 226 — Hämolysehemmende Erscheinungen bei luetischen Sera 824.
Dobr. Ger. Popowic. Schulhygiene in Serbien 234.
E. Popper. Prophylaxe der Poliomyelitis acuta 531, 580.
Réné Porak. Diphtherische Lähmung 688 — Histologische Untersuchung eines Mongolenflekkes 593 — Mongolengeburtsfleck 178.

René Porak und **Arnold Netter.** Vakzinale Allergie bei Scharlach 765.
René Porak, Philbert und **Berthold Netter.** Vakzinale Allergie bei Röteln 765.
Porcher. Eiweißmilch 750.
P. Portela. Spina bifida 270.
Porter. Hypertrophische Stenose des Pylorus 558 — Säuglingsernährung 241.
A. E. Porter. Inaktivierung von Fermenten 81 — Pepsin 81.
L. Porter und **W. B. Lewitt.** Pylorushypertrophie 749 — Pylorusstenose mit Muskelhypertrophie 239.
Posner. Bedeutung der Harnsedimente 364.
A. J. Pospjelowa-Djemkina. Einfluß verschiedener flüssiger Stoffe auf die Harnproduktion 608.
A. Posthumus Meyes. Akute Entzündung der Adenoiden 781 — Akute Thyreoiditis 764.
Potherat, Kirmisson und **Périer.** Operative Behandlung der Spina bifida 267.
Potocki. Elektrische Couveuse 750.
F. Pottenger. Immunität bei Tuberkulose 454 — Tuberkulose im Kindesalter und beim Erwachsenen 678.
Ph. Potter. Eintrittspforten der Tuberkulose 439.
P. A. Potter. Ödeme im Säuglingsalter 232, 558.
Poetter und **Kloberg.** Schulärztlicher Bericht für Leipzig 235.
Pottet und **Lacasse.** Lähmung des Plexus brachialis 779.
W. A. Potts. Intelligenzproben 744.
J. Pouget. Urinuntersuchungen bei papulovesikulösem Ekzem 580.
R. Pougaud. Albuminurie bei Scharlach 580.
Poyntau und **Paine.** Ätiologie der Appendizitis 670.
E. J. Poynton. Komplikationen des Rheumatismus 580 — Nervöse Erscheinungen bei Rheumatismus 580 — Rheumatismus 257, 767.
E. J. Poynton und **A. Paine.** Studien über Rheumatismus 593.
Prasek und **Jatelli.** Tierpathogene Bazillen der Influenzagruppe 350.
E. Prasek, C. Levaditi und **K. Landsteiner.** Übertragung von Scharlach auf Affen 253, 574.
W. Prausnitz. Grundzüge der Hygiene 147.
Preiser. Coxavarabildung nach Hüftluxation 323.
Kornél Preisich. Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 312. — Scharlach 36.
K. Preisich. Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter 348, 427.
Rich. Preiswerk. Osteogenesis imperfecta 472.
K. Preleitner. Ösophagusstriktur nach Scharlach 280.
H. Preusse. Auftreten der Area bei kutaner Tuberkulinimpfung 442.
Hans Preusse. Mißgeburt mit schräger Gesichtsspalte 472.
I. Pribram. Schutzimpfung und Therapie der Variola vera 767.
Pribram und **Mayerhofer.** Ernährung mit konservierter Frauenmilch 18 — Kalkodat bei der Konservierung von Frauenmilch 80.
J. Priestley, S. Barwise und **H. A. Auden.** Ärztliche Behandlung von Schulkindern 233.
R. Prigoschin. Spastische Spinalparalyse 580.
N. Prinaris. Frühgeborene Zwillinge 241, 558.
Priser und **Lukas.** Masern bei Affen 684.
E. Pritchard. Konvulsionen 257.
E. C. Pritchard, H. R. Carter und **W. O. Pitt.** Stillen 558.
L. Privat. Skoliosebehandlung 270.
O. Profé. Milchversorgung großer Städte 81.
Gregor Proschkin. Sporadische akute Poliomyelitis 767.
U. Provinciali. Kalkgehalt der Organe 558.
Provinciali Umberto. Nierensarkom 593.
Pryce und **Rankin.** Serumreaktion 345.
Pryor. Grundfehler im Unterrichtssystem 551.
Pujol. Gefahren des Menthols 767.
W. Pulawski. Reinjektion des antidiphtherischen Serums 851 — Serumbehandlung der Diphtherie 850.
G. Pulvirenti. Hautleishmaniose in Catania und Caltanisetta 767.
Richard Puppel. Streptokokken in der Milch und in Fäces 750.
Pürkhauer. Pektoralisdefekt und Schulterblatthochstand 319.
Purtscher. Dermoidzysten des Oberlids 3.

R. Puschnig. Poliomyelitisepidemie in Kärnten 580.
L. M. Pussep. Operative Therapie des Hydrocephalus internus 226.
F. Putzu. Kongenitale zervikale Fistel 270.
E. Puttkammer. Blenorrhöebehandlung 580.
F. C. Pybus und **S. Whillis.** Enucleation der Tonsillen 273.

Quénu. Kinderlähmung 270.
L. Quessel-Lukin. Vorkommen der „Schaumorgane" 549.
H. Quincke. Lymphurie 665.
Capot de Quissac-Naudin. Stomatitis aphthosa 580.

W. Raabe. Milchlose Kost bei Spasmophilie 750, 767.
van Raalte. Wert der Kinderaussage 814.
Rabinowitsch. Tuberkulöse Meningitis 767.
L. Rabinowitsch und **F. Jessen.** Löslichkeit von Tuberkelbazillen 441 — Tuberkelbazillen im Blut 435 — Vernichtung von Tuberkelbazillen durch Flußläufe 441.
Egon Rach. Akrodermatitis atrophicans 199 — Leptomeningitis beim Säugling 41 — Luetische Leptomeningitis beim Säugling 625 — Musikalisches, auf Distanz hörbares Herzgeräusch 698 — Myxödem 200 — Subakute Miliartuberkulose 704 — Unipulsapparat 201.
Egon Rach und **A. v. Reuß.** Zystitis und Ikterus 699.
S. Rachal. Statistik der Zwillingsgeburten in Bern 599.
Raelke. Kindlicher Schwachsinn 257.
Jan Raczynski. Einfluß der Sonnenstrahlen auf die Knochenentwicklung bei Rachitis 510 — Schicksal der Mikroben im Darmkanal 512.
A. Radziejewski. Kutane Tuberkulinreaktion 445, 580.
Raffaelli. Infantile Anaemia splenica 767.
M. Rafalowski. Röntgenbehandlung der Halsdrüsen- und Knochentuberkulose 454.
Banks Raffle. Schulschluß bei Masern 312, 580.
A. Rakoczy. Chymosin und Pepsin des Kalbsmagensaftes 81.
G. Railliet. Darmparasiten 270, 580 — Laryngospasmus nach Einträpflung von Resorzinöl 185 — Laryngospasmus nach intranasaler Instillation von Resorcinöl 767.
R. Raimondi. Heredität bei Ernährungsstörungen 750.
R. Raitz. Wirkung des Alkohols auf die Stillunfähigkeit 558.
A. Ramacci. Kalkgehalt der Frauenmilch 81.
Ramadier und **M. Gubé.** Plötzlicher Tod und Thymushypertrophie 664.
Otto Rammstedt. Hygienisch einwandfreie Kuhmilch 750 — Kochprobe, Alkoholprobe und Säuregrad der Milch 750 — Operation der angeborenen Pylorusstenose 409 — Säuregehalt der Milch 81 — Schmutzgehalt der Milch 81.
Randolph. Nomenklatur der Poliomyelitis 11.
F. Rangel und **J. Novak.** Tuberkelbazillennachweis in der Plazenta 430.
J. Ranke. Der Mensch 147.
K. Ranke. Diagnose und Epidemiologie der Lungentuberkulose 446 — Diagnose und Therapie der Lungentuberkulose 445 — Tuberkulose des Kindes 427.
G. Rankin. Meningitis bei Kindern 436.
Rankin und **Pryce.** Serumreaktion 345.
Ranzel und **Nowack.** Placenta tuberculosa 348.
Rapp. Keuchhusten 580.
Rappin. Diphtherie von Menschen und Vögeln 767.
F. Raschkowski. Hörprüfungen schwachbefähigter Kinder 551.
M. Ratalowski. Behandlung der Halsdrüsen und Knochentuberkulose 593.
Venetian Ratner. Elektrokardiogramm bei angeborenen Herzfehlern 767.
W. Raube. Milchlose Kost bei Spasmophilie 638.
Raubitschek. Ausscheidung darmfremder Bakterien 840.
Rausome und **Corner.** Gangrän einer Extremität nach Diphtherie 345.
Rauströnn. Tuberkelbazillen im strömenden Blut 675.

Mazyck P. Ravenel und **W. F. Lorenz.** Behandlung von Diphtheriebazillenträgern 763.
Arrigo Ravenna. Morphintoleranz des Kindes 580, 768 — Reaktion des Säuglingsharnes auf Silbernitrat 558.
N. Raw. Tuberkulinbehandlung der Lungentuberkulose 454.
L. Rawes. Kongenitale Zwerchfellhernie 270.
J. H. Ray. Chirurgische Affektionen des Hüftgelenkes 270.
M. B. Ray. Gastrointestinale Hämorrhagie 241 — Kongenitaler laryngealer Stridor 580.
H. Raydt. Fröhlich Wandern 650.
T. Raynal. Kongenitale Mißbildungen am Gaumen und Gaumensegel 270.
L. Raynaud. Vakzination und Revakzination 232.
Maurice Raynaud und **Max Coudray.** Spondylitis typhosa 768.
Raynaud und **Negri.** Melitensis et paramelitensis 671.
J. Rebaudet. Milchkontrolle in New York 599 — Milchversorgung von New York 276.
Steffano Rebaudi. Aortitis bei kongenital-syphilitischen Kindern 529, 580, 768.
Reblaud. Kongenitale Hüftgelenksluxation 781.
M. Schrutka v. Reehtenstamm und **J. Rosenfeld.** Albuminurie nach Scharlachnephritis 525.
F. Reck. Genese der Zylinder des Coma diabeticum 580.
P. Redard. Behandlung des angeborenen Klumpfußes 270 — Unblutige Behandlung angeborener Hüftgelenksluxation 593.
Redder. Sterblichkeit unehelicher Säuglinge 599.
Redlich. Tetanie und Epilepsie 800.
Reed. Hernien 593.
J. Reed, Stedger und **R. S. Bread.** Körperzellen in Kuhmilch 75.
Rees. Angeborene Dickdarmerweiterung 593 — Behandlung der Appendicitis 270.
Regnault. Ansteckungsdauer des Keuchhustens 346 — Keuchhusten 580.
H. Regner. Blasenförmige Vorwölbung des angeborenen verschlossenen Harnleiterendes 593.
Reh. Pneumokokken-Angina 671.
Rehberg. Agglutination bei typhöser Erkrankung 683.
Rehm. Mongolenidiotie 788.
H. Rehn. Habitueller familiärer Ikterus der Neugeborenen 31 — Icterus gravis 63.
Joseph Reich. Angeborener Schulterblatthochstand bei Hemiaplasie 781.
Reiche. Athetose 59 — Pharyngitis exsudativa ulcerosa meningococcica 280.
H. Reichel. Kongenitale und juvenile Skoliose 593.
Reichenbach und **Brabbée.** Heizung und Lüftung von Schulen 744.
K. Reiferscheid. Intrauterine Atembewegungen des Fötus 232 — Muskelbewegungen des Fötus 209.
Reim und **Schivorsti.** Säureagglutination der Bakterien 655.
Ad. Beinhardt. Hautdiphtherie 257, 345.
R. Reinhardt und **E. Seibold.** Schardinger-Enzym in Milch euterkranker Kühe 81 — Schardingersche Reaktion in Kolostralmilch 81.
Reis. Angeborener Defekt der Membrana Descemeti 3. — Persistenz der Membrana capsularis lentis 3.
L. Reischig. Kongenitale Lues 580.
F. Reiß. Salpeter als Geschmackskorrigens 81.
Emil Reiß und **Paul Jungmann.** Rekonvaleszentenserum bei schweren Scharlachfällen 257, 768.
Reiter und **Henke.** Hämolytische und anhämolytische Streptokokken in ihrer Bedeutung für die Pathologie der Tonsillen 840.
A. Reitz. Die Milch und ihre Produkte 81.
O. Remertz. Prophylaktische Injektionen von Tetanusantitoxin 580.
M. P. Remlinger. Eitrige und aseptische Zerebrospinalmeningitis 580.
L. Remy. Meningitis cerebrospinalis epidemica 580.
Renaud-Badet. Vakzinebehandlung der Staphylokokken-Hauterkrankungen 580.
Jules Renault. Schutzschirm bei Racheninspektion 300.
Jules Renault und **P. P. Lévy.** Diphtherielähmung des Pneumogastricus 768 — Pyopneumothorax 768.

J. Renaut. Epidemische Poliomyelitis 593.
Rendall und **Burton.** Bettisolierung bei Infektionskrankheiten 624.
André Rendu. Fehlen des Peroneus 594.
A. Rendu und **L. Gravier.** Entwicklungshemmung der Tibia 270.
R. Rendu. Diphtherie durch Hitze 580 — Heißluftinhalation bei Diphtherie 768 — Kongenitale Dilatation des unteren Endes des Ureters 270.
R. Rendu und **F. Barjon.** Dextrocarditis mit Situs inversus 262.
Rendu und **Chatin.** Galactogener Einfluß subkutaner Milchinjektion 746 — Lokalisierte und konfluierende Varizellen 246.
Rendu und **Plauchu.** Frauenmilchfett 240, 749.
Repellin und **Déléarde.** Anasarka ohne Albuminurie 366 — Anasarka ohne Albuminurie bei Herzerkrankung 621.
F. Resnitzky. Torticollis 594.
Réthir. Tonsillektomie 282.
E. Retterer und **A. Lelièvre.** Ossifikation 549 — Struktur und Histogenese der adenoiden Vegetation 257, 549.
Reuben. Geistige Minderwertigkeit 694 — Splenomegalie 182.
A. v. Reuß. Albuminurie der Neugeborenen 396 — Hämatom der Nebennieren 697 — Kongenitale Hautdefekte am Schädel 196 — Manuelle Entleerung der Brustdrüsen 698 — Meningitis serosa acuta 580 — Spontan geheilte hämorrhagische Erkrankung beim Neugeborenen 698 — Transitorisches Fieber bei Neugeborenen 214.
A. v. Reuß und **Egon Rach.** Zystitis und Ikterus 699.
Reuter. Paranoide Symptome 808.
L. Revillet. Endemisches Myxödem 768 — Endemisches Myxödem in der Dauphiné 257 — Tuberkulose auf dem Lande 768.
Eug. Revilliod, Ed. Martin, H. Audeoud und **Ch. Martin du Pan.** Maison pour les enfants malades 275.
Rewis, Hewlett und **Villar.** Zellelemente in der Milch 78.
Edgar Reye. Diphtheriebazillen in den Lungen 831 — Scapula scaphoidea 818.
P. Reyher. Röntgenverfahren in der Kinderheilkunde 706.
Julien Reynal. Unterernährung beim Säugling 241, 558, 750.
H. Reynés. Paralytischer Darmverschluß 271, 594, 781.
C. E. Reynolds. Nasenverstopfung 235.
Rhein. Tuberkulöse Meningitis 768.
Rheindorf. Bedeutung der Oxyuren bei Wurmfortsatzentzündung 325.
Rhenter und **Fabre.** Duodenalulcus bei Melaena neonatorum 238, 589.
Ribadeau-Dumas. Infektiöse, akute Anämien 492 — Thymushypertrophie und Radiotherapie 768.
Ribadeau-Dumas, Triboulet und **Debré.** Sklerem en plaques 526.
L. Ribadeau-Dumas und **Lévi-Franckel.** Perforierter Duodenalulcus 271.
Ribadeau-Dumas und **Harvier.** Degeneration der Nebennieren und der Drüsenparenchyme 581, 768.
Ribadeau-Dumas und **H. Triboulet.** Osteoperiostitis 436.
L. Ribadeau-Dumas und **Albert Weill.** Radiotherapie bei Thymushypertrophie 580 — Thymushypertrophie 257.
Hugo Ribbert. Entwicklungsstörung der Thymusdrüse bei kongenitaler Lues 768.
Rice. Säuglingsernährung 241.
H. Rich. Tuberkulose bei Kindern 436.
Richardière und **Huber.** Offenes Foramen interventriculare 640 — Öffnung im Septum ventriculorum mit Fehlen der Pulmonalarterie 183.
Richards. Chirurgische Behandlung der angeborenen hypertrophischen Pylorusstenose 241 — Omphalorrhagia neonatorum 257.
Richardson. Epidemie septischer Amygdalitis durch infizierte Milch 34 — Kinderlähmung 522 — Tonsillitisepidemie durch infizierte Milch 257.
Richardson und **Lovett.** Poliomyelitis anterior acuta 11.
Ch. Richet fils, G. Laroche und **F. Saint-Girons.** Alimentäre Anaphylaxie 239 — Anaphylaxie bei Milchernährung 79.
H. Droop Richmond. Bestimmung der Milcheiweißkörper 81 — Zusammensetzung der Milch 81.

O. Richter. Azidbutyrometrie 81.
H. M. Richter. Pylorusstenose 241.
E. Richter. Verschluß des Ductus venosus Arantii 594.
E. Rieklin. Masernbehandlung 257.
D. F. Ridell und **Griffiths.** Scharlach 280.
E. Riebes. Idiopathische Herzhypertrophie 581.
Riedel. Orthopädisches Schulturnen in Lübeck 744.
Karol Rieder. Ausscheidung von Urotropin in der Frauenmilch **80**.
P. Rieger. Weidegang und Stallhaltung 558.
Gustav Riehl. Mikrosporie in Wien 623, 725. 768.
Anna Ries-Finley. Perniziöses Erbrechen und Mastdarmblutung 558 — Perniziöses Säuglingserbrechen und rektale Hämorrhagie 750.
Rietschel. Sommersterblichkeit der Säuglinge 276 — Technik der Ernährung der Brustkinder 302 — Vererbung der Syphilis 768.
Heinrich Rievel. Guajaktinkturprobe zur Unterscheidung roher und gekochter Milch 750.
G. Rigaud und **J. Ducuing.** Fraktur des Metacarpus 264.
P. Rimer. Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem 439.
W. Rimpau. Agglutinationsreaktion bei der Diagnose der Para-Typhus-B-Bazillen 837 — Bakteriologische Befunde bei darmkranken Kindern 750.
H. Risel. Grippe im Kindesalter 581 — Nachruf auf Otto Soltmann **233** — Sommer-Säuglingssterblichkeit in Deutschland **248**, 397.
E. Rist. Initiale Lokalisation der Lungentuberkulose 768.
James Ritchie. Vakzinetherapie 581.
J. Ritchie und **A. M. Bruce.** Nebennieren bei Diphtherie 258.
W. Rittenhouse. Arterienrigidität 667.
P. Ritter. Konjunktivale und kutane Tuberkulinreaktion 581.
S. Riva-Rocci. Saugkraft des Kindes 558.
L. Rivet und **L. Girard.** Kongenitale Mißbildung des Zirkulationsapparates der Lunge 781.
C. Rivière. Kongenitale Aortenstenose 271 — Phthise bei Kindern 436.
Rivière und **Secousse.** Vorzeitige Ossifikation der Schädelknochen 232.
Roberg. Eigentümliches Serumexanthem 382 — Enteritis membranacea 383.
C. Roberson. Säuglingssterblichkeit 276.
C. Robert. Erythema scarlatiniforme bei Injektion mit Diphtherieserum 258 — Rachitis mit Hypotrophie und Tuberkulose 436 — Scarlatiniforme Erytheme bei Diphtherieserum-Injektion 581, 768.
Robert, Green und **J. B. Swift.** Hämorrhagische Erkrankungen der Neugeborenen 241.
C. Hubert Roberts. Eklampsie 581.
Roberts. Tetanus 311.
Brailsford Robertson. Refraktometrische Bestimmung von Eiweißlösungen 81.
Robineau. Blasenektopie 271.
J. D. Robleston. Hereditäre Syphilis 768.
Rocaz. Behandlung der Korea mit Injektion von Magnesiasulfat 768 — Behandlung der Chorea mit subarachnoidealen Injektionen von Magnesiumsulfat 581 — Säuglingsekzem und Schilddrüsenopotherapie 258, 581, 768.
A. Rochaix und **J. Courmont.** Antiphysische Vakzination 247 — Immunisierung gegen Typhusinfektion 565.
H. L. Rocher. Cavernöses Angiom der Unterlippe 594 — Crurale hernie 271 — Doppeltes Knie 594 — Extra-genitaler Schanker 271 — Federndes Knie 271 — Humerusfraktur 594 — Quecksilbernekrose 768 — Sarkom des Oberkiefers 271, 594 — Schulterkaries 781 — Traumatischer Cephahydrocele 271.
Rocher und **Dantin.** Crurale Hernie 781.
C. S. Rockhill. Jodtinktur bei Variola 768.
Roddy. Diphtherieheilserum und Anaphylaxie 258.
Roeder und **Bickel.** Milchkühlung und Säuglingsschutz 75.
H. Roeder und **E. Wienecke.** Jugendwanderung und Jugendkraft 419.

Roederer. Kongenitale Hüftgelenksluxation 781.
Carle Roederer. Pleuritische Sklerose 768.
Roederer und **Léon Tixier.** Osteomalazie 660.
F. Roe und **H. Shaw.** Kongenitale Atresie des Duodenums 271, 594.
Röer. A. Backe und **Wiborg.** Milch 74.
H. Roger und **Sévi-Valensi.** Lungentuberkulose 446.
L. A. Rogers, Gärproben bei der Untersuchung von Milchsäurebakterien 82 — Verwendung hypertonischer Salzlösungen 241.
P. Rohmer. Epidemiologie und Frühdiagnose der Masern 725 — Magenerweiterung bei Pylorusstenose 397 — Tuberkulose und Tuberkulintherapie 454.
A. Rohn und **K. Basch.** Physikalischer Nachweis der Thymus 14, 185.
v. Rohr. Auge und Brille 648.
Rolland und **Triboulet.** Bazilläre Erkrankung der Bronchialdrüsen 260.
Fr. Roller. Zweckmäßige Lage des Unterrichts 744.
J. D. Rolleston. Blutdruck bei Diphtherie 581 — Bösartige Diphtherie 279 — Diphtherie des Ösophagus 581 — Vincents Angina 781 — Zerstörung der Uvula bei Vincentscher Angina 462.
J. D. Rolleston und **N. S. Macnaughtan.** Recklinghausensche Krankheit 768.
L. Rollet. Ernährung mit Eiweißmilch 82.
Rollet und **L. Grand-Clément.** Syphilitischer Schanker des Augenlides 258.
L. Rollett. Eiweißmilch 558.
Rollier. Sonnenbehandlung der Tuberkulose 357, 400, 454, 629, 769.
Rolly. Diagnostik und Therapie der Lungentuberkulose 454 — Paratyphusinfektion 337.
C. M. Rolston. Melaena neonatorum 241.
Roman. Knochenmarktumoren 781 — Metastatische Tumoren des Knochensystems 228 — Primäre Tumoren des Knochenmarks 50.
N. Romanoff. Chondrodystrophia foetalis 581.
M. Romanowsky. Behandlung der Lungentuberkulose 454.
P. H. Römer. Eine der Kinderlähmung ähnliche Erkrankung des Meerschweinchens 581 — Experimentelle Erforschung der Poliomyelitis acuta 258 — Experimentelle Poliomyelitis 581 — Haltbarkeit heterologen Antitoxins im Organismus 602.
H. Römer. Tuberkulöse Reinfektion 442.
Römheld. Röntgenbild des Perikards 741.
Romm und **Balaschow.** Ruhrepidemie in Kiew 838.
Roncaglio. Thermopräzipitinreaktion Askolis bei Milzbrand 349.
M. Rondineseo. Hypotrophische und chronische Lungentuberkulose 436.
A. J. J. R. Rooks Carlson und **J. F. Mc Kie.** Erzeugung von Hyperthyreoidismus 258.
James Rooth. Die Brightonschen Zwillinge 271, 581.
Roepke und **Bandelier.** Klinik der Tuberkulose 427 — Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose 427.
Rork. Poliomyelitis anterior acuta 12.
Rosa, Coseo und **Benedictis.** Kutane Rindertuberkulose 830.
W. Rosanoff. Krebs des Eierstocks 271.
Rosanoff und **Camon.** Vererbung von Geisteskrankheit im Lichte der Mendelschen Theorien 818.
Rose. Kreatinausscheidung im Kindesalter 241.
R. Rosemann. Gesamtchlorgehalt des menschlichen Fötus 304, 750.
M. J. Rosenau und **H. L. Amoss.** Expirationsluft 581.
M. J. Rosenau, Ph. Sheppard und **H. L. Amoss.** Poliomyelitis anterior acuta 581.
Rosenbach. Neues Tuberkulin 442.
Oskar Rosenberg. Ikterische Lebererkrankungen 534 — Ikterus bei der hereditären Syphilis 725.
S. Rosenblat. Färbungsmethoden der Tuberkelbazillen 581.
H. Rosenbusch. Einfluß des Fiebers auf die Infektion 581.
Esther Rosenerantz. Bordet-Gengousche Reaktion bei Tuberkulose 769.

Rosenfeld. Keuchhusten 346 — Lungentuberkulose in Wien 429 — Therapie des Keuchhustens 258.
Georg Rosenfeld. Kohlehydratkuren bei Diabetes 736.
J. Rosenfeld und **M. Schrutka v. Rechtenstamm.** Albuminurie nach Scharlachnephritis 525.
L. Fr. Rosengren. Einfluß von Sojakuchen auf die Butter 82.
Rosenhauch. Phlyktänuläre Augenentzündungen 442 — Vakzine des Gesichtsapparates 850.
G. Rosenow. Polyzystisches Nierenrudiment bei Fehlen des Ureters 271.
E. C. Rosenow und **D. J. Davis.** Epidemie von Angina 756.
F. Rosenthal. Alimentäres Fieber 558.
Georges Rosenthal. Yoghurt 558.
I. Rosenstern. Hunger im Säuglingsalter 544.
T. Rosenstern und **L. Leopold.** Tuberkulide beim Kind 445.
A. Rosenstiel. Hirschsprungsche Krankheit 594.
A. Rosenthal. Angeborener Herzfehler 581.
J. Rosenthal und **Th. Gött.** Röntgenkymographie 655.
Hans Rosenzweig. Trommelschlägelfinger bei Empyem der linken Pleura 705.
H. Rosmarin. Serumbehandlung der Ruhr 854.
A. Rosowsky. Anaerobe Streptokokken der Vagina 741.
Ross. Zellengehalt der Milch 241.
Heinrich Rössing. Deformitäten der Nase 781.
E. Rossiwall. Lichen scrofulosorum 200.
Rössler. Atypische Iriskolobome 3 — Vormundschaft 710.
Roszkowski und **Czarkowski.** Scharlachstreptokokkenvakzine zum Zwecke der Prophylaxe 852.
O. Roth. Angeborener Herzfehler 271.
P. B. Roth. Behandlung des Torticollis 320, 594 — Skoliose 781.
Rothe. Tuberkulöse Infektion im Kindesalter 348, 442.
Rothe und **Bierotte.** Typus des Tuberkelbazillus Lupus vulgaris 675.
S. Rothenfußer und **C. Mai.** Refraktometrie des Chlorkalziumserums der Milch 79.
Rothfeld. Luft-Staubuntersuchungen in Volksschulen 744 — Orthopädischer Turnunterricht 235 — Schulturnen und Schularzt 744.
P. Roethlisberger. Mit Polyarthritis kausal verknüpfte Tonsilliten 170.
Jul. Rothschild. Vagitus uterinus 271.
H. de Rothschild und **Léopold Lévi.** Schilddrüsenmigräne 370.
F. Rotter und **Fritz Stimmel.** Pathologie und Therapie des Hydrophthalmus 782.
M. Rottier. Stuhluntersuchungen 241 — Sublimatreaktion des Stuhles 558.
M. Röttinger. Therapie der Coxa vara rachitica 594.
Henri Rouèche. Behandlung und Prophylaxe des Scharlachs 581, 769 — Scarlatiniforme Eruption bei Scharlachrekonvaleszenten 258, 581.
E. W. Roughton. Laparotomie wegen akuter Darminvagination 271.
P. Rougon. Bedeutung der Temperaturmessung beim Kind 549.
Rouillard und **E. Apert.** Dysthyreoidismus, Infantilismus und Juvenismus 752.
Rousseau Saint-Philippe. Keuchhusten und Tuberkulose 258, 582, 769.
Jean-Jaques Rousseau, J. Merklen und **Dessessartz.** Säuglingspflege 232.
Rousselot. Abortive Pneumonie 769.
H. Rousselot und **G. Variot.** Pleuritisches Plätschergeräusch 772.
E. Rousset. Varizellen und Scharlach 582.
M. Roussiel. Behandlung der tuberkulösen Peritonitis 454.
E. Roussin. Septische Gastritis 582.
A. Routier. Beckenabszeß 594.
Routier und **Barrfé.** Paroxystische Tachycardie 753.
Rouvillois und **Sieur.** Chirurgische Behandlung der Stirnhöhleneiterung 281.
J. Roux. Chorea und Infektion 693 — Cranio-tabes und Syphilis 31.
H. Rouyer. Schulaufsicht 551.
Tula Rovira. Mongolenfleck 781.
Dunbar Roy. Nasendiphtherie 280.

Rozenblatt. Anaphylaktische Reaktionen bei Kindertuberkulose 850 — Beziehungen der exsudativen Diathese zur Skrofulose und Tuberkulose 856 — Lokale Tuberkulinreaktion 446 — Morbus maculosus 853 — Typhobazillose 853.
K. Rozenfeld. Serumkrankheit 855.
Eugen Rübel. Cornea plana 781 — Senkrecht ovale Hornhaut bei Lues congenita 3, 258.
B. Rubinsky. Kumiß 82.
S. Rubinstein. Übersetzung von Gundolin „Die Besonderheiten des Kindesalters" 69.
K. und S. v. Ruck. Behandlung der Lungentuberkulose 455.
Karl v. Ruck. Prophylaktische Immunisierung gegen Tuberkulose 769.
F. Rudaux. Geburtsinfektion des Neugeborenen 258 — Scheintod des Neugeborenen 258, 769.
Rudolf. Niedrige Prozentsätze bei Säuglingsernährung 558.
Ruhlig und **Grulee.** Wirkung des Natriumbenzoats auf künstlich genährte Kinder 238.
J. Ruhräh. Behandlung der Enuresis nocturna 582 — Enuresis nocturna 184 — Makroskopische Agglutinationsprobe 549 — Soybohne 241.
W. Rullmann. Schardingerreaktion der Milch 82 — Streptokokkenmastitis 82.
Rulison. Behandlung der Sommerdiarrhöe 750.
H. Rulot und **M. van Buysse.** Schularzt 744.
T. D. Rumjanzeff. Mosersches Scharlachserum 224 — Scharlachnephritis 769.
Hubert Rumpen. Nichtgerinnen der gekochten Milch durch Lab 750.
E. Rumpf. Tuberkelbazillen im Blutstrom 673, 828.
C. Rundle und **A. H. G. Burton.** Bettisolierung bei infektiösen Erkrankungen 769.
Ruth Runnicliff und **Georges A. Weaver.** Antistreptokokkenserum bei Streptokokkeninfektion 586.
Ruotte. Peno-scrotale Hypospadie 271.
Rupprecht. Straffällige Jugend und psychopathische Minderwertigkeit 814 — Jugendliche Sexualverbrecher 814 — Kindlicher Schwachsinn und Straffälligkeit Jugendlicher 258, 814 — Ersatzmittel des Kokains 281.
Rusca. Blutbild der Meningitis cerebrospinalis epidemica 351.
Ruß und **Chambers.** Bakterizide Wirkung der Radium-Emanation 655.
L. Russel Cecil und **Kenneth Bulkley.** Oxyuris vermicularis und Trichocephalus bei Wurmfortsatzläsionen 326.
A. A. Russow. Unterleibstyphus bei Kindern 224.
Ruth. Poliomyelitis anterior acuta 12.
F. Ruttin. Labyrinthitis serosa 293 — Meningitis acuta interna 293 — Salvarsan, Schädigung des Vestibulapparates 292.
Ruxton. Dyspepsie 558.
G. Sterling Ryerson und **L. Wickham.** Radiumbehandlung bei Sarkom 595.
Stefanie Rygier. Arthrigonbehandlung der gonorrhoischen Vulvovaginitis 43.

P. Sabatier. Plötzlicher Tod 582.
Sabrazès und **Dubourg.** Anaemia splenica, Hämolyse und Tuberkulose 582.
Sabrazès, Lande und **Muratel.** Leichenblut 549.
Sack. Operative Behandlung des Mastdarmvorfalles 271, 594 — Subakute und chronische Nebenhöhleneiterung 281.
A. Saccone. Lymphosarcom des Ileums 594.
Th. Sachs. Lokale Tuberkulinreaktion 446.
H. M. Sachs. Meningismus bei Scharlach 582.
Sachs-Müke. Meningitisträger 351.
W. Sadler. Milch mit Kuhgeschmack 82.
Safranek. Inhalationstherapie 281.
Sahli. Hydrozephalus 781.
G. B. Sajetto. Herzgeräusche 232.
J. Saiget. Kongenitale Hüftgelenksluxation 271.
F. Saint-Girons, Ch. Richet fils und **G. Laroche.** Alimentäre Anaphylaxie 239.
R. Sainton. Klumpfußbehandlung 271.
Sainton und **Burnier.** Lichen planus 258.
Saito. Fettgehalt der Fäces 82.

Saito und **Miwa.** Lymphangioma cysticum 592.
Sakaguchi und **Watabiki.** Kutane Reaktion bei Gonorrhöekranken 689.
Yasnsa Curo Sakaki. Schüler mit übernormaler Intelligenz 258.
B. Salge. Pathologie des Mehlnährschadens 458 — Reaktion des Blutserums bei alimentärer Intoxikation 214 — Salzsäure im Säuglingsmagen 215.
E. Salkowski. Verhalten der Milch zu Ammonsulfat 750.
V. Salle. Angeborene abnorme Größe der Extremitäten 308 — Angeborene Akromegalie 61.
V. Salle und **C. Noeggerath.** Headsche Zonen bei beginnender Tuberkulose 445.
M. Salzberger. Gefährdung der Kinder durch das Scopolamin-Morphium 582.
Salzer. Diplokokkenperitonitis 840. — Pseudoneuritis und andere differentialdiagnostisch kongenitale Anomalien des Sehnervenkopfes 3.
Salzmann. Radium bei tuberkulösen Erkrankungen 455.
S. Samelson. Ernährung frühgeborener Kinder 558 — Fettspaltung im Säuglingsblut 610 — Kochsalzfieber **125** — Sogenanntes Kochsalzfieber 363.
R. Sand und **P. Lerat.** Adenosarkom der Niere und retroperitoneale Embryome 781.
W. H. Sanders. Forensesche Beurteilung des Fötus 232 — Scharlach 769.
Sandt. Zyklisches Erbrechen bei Kindern 750.
Alfred Saenger. Forme fruste des Myxödems 769, 788 — Hemiatrophia faciei 769.
R. Sanfelice. Verwässerung der Milch 82.
Sangiorgi. Schlafkrankheit 357.
Sarantis-Papadopoulos. Kongenitale Hüftgelenksluxation 271 — Vertebrale Insuffizienz 271.
Saratzeano und **Andronesco.** Frühdiagnose der Masern 752 — Wassermannsche Reaktion 752.
W. K. Saremskaja. Geheilte Meningitis 225.
Sarfels. Störungen des Bewegungsapparates 691.
A. Sargnon; J. Gaté und **Durif.** Adenoide Vegetationen beim Säugling 258, 582.
J. Sarthon. Rolle des Eisens bei der Oxydation 82.
A. Sarthory. Guajaktinktur 82 — Oxydase 82.
M. Sassenhagen. Kolostral- und Mastitismilch 558.
Mi Sassenhagen und **J. Bauer** Frischmilchendsein der Kühe 74.
A. Sata. Immunisierung, Überempfindlichkeit und Antikörperbildung gegen Tuberkulose 442.
Sauermann. Milchsekretion und Ernährung der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen 657.
R. Saul. Säuglingssterblichkeit in Mecklenburg-Schwerin 599.
E. W. Saunders, W. Johnson, T. W. White und **J. Zahorsky.** Pertussisvakzine 314, 769.
Savariaud. Angeborener Klumpfuß 272 — Coxa-vara 271 — Diagnose der kongenitalen Hüftgelenksluxation 781 — Frakturen und Epiphysenlösungen 781 — Hernienbehandlung 532 — Intra-uterine multiple Frakturen 272 — Klumpfuß 781 — Kongenitale Hüftgelenksluxation 272 — Phimose 271 — Schenkelhalsfraktur 272 — Ursachen des Hinkens 271.
Savariaud und **Dutheillet de Lamothe.** Kleinhirn und Hirnabszeß otitischen Ursprungs 594.
Savariaud und **Pont.** Osteomyelitis der Rippen 272 — Überzähliger Daumen 272.
Savariaud und **Triboulet.** Chronische Invagination 783 — Darminvagination 327.
Oscar Saxenberger. Fibuladefekt 782.
J. A. Schabad. Kalkgehalt der Frauenmilch 82 — Kalkstoffwechsel bei Rachitis **63.**
J. A. Schabad und **R. F. Sorochowitsch.** Wirkung des Lebertrans bei Rachitis **4** — Weißer Lebertran 181 — Wirkung des Lebertrans bei Rachitis 30.
M. Schäfer. Erziehung der Linkshänder 744 — Linkshänder 818 — Tuberkulin Rosenbach 455.
E. A. Schäfer und **K. Mackenzie.** Einfluß animalischer Extrakte auf die Milchsekretion 82.

Schaffer. Erfolglose Förstersche Operation bei Hemispasmus 791.
E. Schalek. Ätiologie der Mastitis 558.
Fr. Schamberg und **J. A. Kolmer.** Behandlung von Impfstellen mit Pikrinsäurelösungen 582.
Schaps. Behebung von Durchfällen 169.
Leo Schaps. Tuberkulöse Meningitis im Säuglingsalter 258, 436, 769.
L. Scharenberger. Asphyktische Erscheinungen und Thymus 582.
W. Scharf. Fremdkörper im Kehlkopf 594.
Alex. Scharff. Symmetrische Mißbildungen der Finger 782.
Schasse. Angeborene Skoliosen 58.
Schastnij. Agglutination und Komplementbildung bei Bubonenpest 838.
Schätzel. Milchleistung des Shorthorns 82.
E. Schatzmann. Säuglingshygiene 599.
G. Schaub. Pathologie der epidemischen Kinderlähmung 258, 582.
Peter Scheffen. Extremitätenmißbildungen 782 — Keuchhusten in Badeorten 582.
Scheibe. Induzierte Labyrinthitis 293.
H. Scheibe. Pathologie der Kindertuberkulose 405 — Sammelreferat über Tuberkulose 425.
Scheil und **Heissler.** Nahrungsmitteltabelle 651.
Schellack. Perkutane Infektion mit Spirochäten 528.
H. Schellbach, H. Willecke und **W. Jilke.** Wasserstoffsuperoxydhaltige Milchkonservierungsmittel 751.
W. Schellhase und **K. Schern.** Guajak-Guajakolprobe 82.
Scheltema. Tuberkulinbehandlung in Groningen 455.
D. Schenderowitsch. Operative Behandlung von Inguinal- und Umbilikalhernien 594.
Schepelmann. Genickstarre und Heilserum 351.
K. Schern. Biologische Milchuntersuchungen 82 — Labhemmprobe 82.
K. Schern und **W. Schellhase.** Guajak-Guajakolprobe 82.
E. v. Scheven. Nachweis spärlicher Tuberkelbazillen 582.
Luigi Schiboni. Akule, interstitielle lymphozytäre Scharlachnephritis 769.
B. Schick. Behandlung des Scharlachs mit Moserserum 258, 769 — Diphtherietoxin-Intrakutanreaktion 379 — Familiäre spinale Muskeldystrophie 227 — Serumbehandlung des Scharlachs 630 — Tuberkulinreaktion bei Masern 446 — Tuberkulöser Antikörper in der vorderen Kammer 3.
Schil. Brustdrüse 750.
Schilling. Übertragungsversuche von Vakzine auf Schafe 354.
Rudolf Schindler. Meningocele spuria traumatica 471, 594.
Schippers. Akute aleukämische Lymphadenose 841 — Atypische Kinderpneumonie 258, 617.
F. Schiriak. Hämophilie 582.
Schittenhelm und **Schmid.** Gicht und ihre Therapie 420.
Schittenhelm und **Weichardt.** Endemischer Kropf 649.
Schivorsti und **Reim.** Säureagglutination der Bakterien 655.
A. N. Schkarin. Ernährungstherapie 213.
M. Schlaaff. Pathologische Luxation des Hüftgelenkes nach Scharlach 594.
Heinrich Schlacht. Experimentelle Eosinophilie 304.
B. Schlegtendal. Medizinalkalender 862,
Schleissner. Streptokokken bei Scharlach 353.
Schleissner und **Ganghofner.** Stillstuben und Stillkrippen 192, 597.
Schleissner und **Spät.** Septische Scharlachstreptokokken 353.
E. Schlesinger. Schüleruntersuchungen an höheren Schulen 551, 603 — Trinkerkinder 186 — Trinkerkinder unter den schwachbegabten Schulkindern 551.
Schlieps. Kardio-pygmographische Untersuchungen bei Typhus 337.
Schloss. Allergie zu gewöhnlichen Nahrungsmitteln 607 — Chemische Zusammensetzung der Frauenmilch 82 — Säuglingsernährung 414 — Scheinbar spezifische Salzwirkungen 362 — Wirkung der Salze auf den Säuglingsorganismus 24.
Schloss und **Commiskey.** Hämophilie der Neugeborenen 612 —

Hämorrhagische Erkrankung der Neugeborenen 750.
Arthur Schlossmann. Anstaltsbehandlung der Säuglinge 545 — Respiratorischer Stoffwechsel des Säuglings 21, 241 — Sommersterblichkeit in Deutschland 400.
Schlossmann und **Pfaundler.** Handbuch der Kinderheilkunde 331.
A. Schlossmann und **H. Murschhauser.** Einfluß mäßiger Temperaturschwankungen auf den respiratorischen Stoffwechsel 559.
Schlutz. Eiweißmilch 559 — Pyrogene Wirkung des Milchzuckers 163, 559.
Vera Schmarina. Nephritis durch Pneumokokken 769 — Pneumokokkennephritis 272, 582.
F. Schmey. Frühdiagnose der Lungentubererkulose 446.
B. Schmid. Milchhämolyse 82.
Schmid und **Schittenhelm** Gicht und ihre Therapie 420.
Schmidt. Gesetzliche Berufsvormundschaft und Ziehkinderbestimmungen 646 — Haltungsübungen und Haltungsfehler 643 — Stadtverwaltung und Berufsvormundschaft im Deutschen Reiche 709 — Ubiquität der Paratyphus-B-Bazillen 337.
Ad. Schmidt. Durchbruch kleiner Pleuraempyeme 669.
Ch. E. Schmidt. Einwirkung von Bakt. coli auf Kohlehydrate 82.
E. Schmidt. Wrights Lehre von den Opsoninen 455.
F. A. Schmidt. Hilfsschule und Wilhelmsschule in Bonn 744.
Viktor Schmidt. Entwicklungsstörung am Darme 782.
W. Schmidt. Sanatorien für Kinder in Windau und Berc sur mer 455.
Schmidt und **Schröder** Orthopädisches Schulturnen 229.
O. Schmiedeberg. Arzneimittel u. Genußmittel 863.
Schminke. Eintrittspforten der Tuberkulose 439.
G. Schmorl. Pathologisch-histologische Untersuchungsmethoden 422.
H. Schmotin. Einfluß der Anämie und Hyperanämie auf Empfindungen des Hautsinnes 582.
Schnaudiegel. Salvarsan in der Augenheilkunde 3.
P. Schneider. Bronchitis plastica 618 — Kongenitale Larynxzysten 782 — Zerebrospinalmeningitis 281.
Schneisser. Akute syphilitische Meningoenzephalitis 221.
Schnitzer. Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung 812 — Psychiatrisch-neurologische Untersuchung der Fürsorgezöglinge 812.
H. A. Schölberg, C. A. Griffiths und **W. Sheen.** Sarkom der Thymus 272.
H. Schols. Diphtherie 280.
W. Scholtz. Behandlung des Ekzems 769.
Ludwig Scholz. Osteopsathyrosis 472.
R. Schoenberner. Mekoniumfermente 559.
Kolomann v. Schopf. Berufsvormundschaft in Ungarn 710.
G. W. Schor. Chondrodystrophia adolescentium 219.
Schorer. Bakterienzählung und Aziditätsbestimmung der Milch 161 — Pasteurisierung 359.
G. W. Schorr. Chondrodystrophia adolescentium 616.
H. Schottmüller. Liquor cerebrospinalis bei Infektionskrankheiten 672.
Willy Schoetz. Pathologie der otogenen Labyrinthitis 294.
Schoute. Anwendung von Salzlösung 734.
G. Schreiber. Epidemische Poliomyelitis 258 — Heine-Medinsche Krankheit 583 — Initialperiode der epidemischen Kinderlähmung 769 — Malzsuppe 559 — Reflexe bei Poliomyelitis 505 — Säuglingsschutz in Berlin 235 — Serumkrankheit 345.
Schreiber und **Dorlencourt.** Einfluß der Hitze 660.
Schreiber und **J. Hallé.** Aorten-Aneurysma 266.
G. Schreiber und **P. Nobécourt.** Zucker in der Säuglingsernährung 240, 749.
G. Schreiber und **A. Trèves.** Spina ventosa 436 — Verruköse Tuberkulose 436.
Schreuder und **Wysman.** Psychopathische Methode Binet und Simon 808.
Schröck. Kongenitale Wortblindheit 638.

Schröder. Fortlaufen der Kinder 808 — Geistig Minderwertige und Jugendfürsorgeerziehung 812 — Milchversorgung der Stadt New York 785 — Milz als Schutzorgan gegen tuberkulöse Infektion 675.
Schröder und **Schmidt.** Orthopädisches Schulturnen 229.
Schröppe. Stillende Mutter 657.
M. Schröter. Angeborene, doppelseitige Hydronephrose 594.
O. Schröter. Bakteriologische und biochemische Methoden zur Beurteilung der Milch 82.
Schubart. Krankhafte Charakterfehler 808.
Schuberg und **Kuhn.** Übertragung von Krankheiten durch Insekten 528.
M. Schukowa-Florensowa. Viskosität des Blutes 549.
E. Schüler. Konservierung von Versandmilchproben 82.
W. Schüler. Holocardius acephalus unipos 594.
L. Schultheis. Idiotie und Dementia infantilis 582.
Schultz. Klassenepidemien von Diphtherie 744.
Schultze. Blaue Milch 83 — Fütterungstuberkulose beim Reh 83.
B. S. Schultze. Scheintod Neugeborener 258.
F. Schultze. Scharlachmortalität 582.
Schulz. Gonokokken-Vakzin „Arthrigon" 43.
C. Schulz. Mindestfettgehalt der Milch in Polizeiverordnungen 599.
Hugo Schulz. Übergang von Kieselsäure in die Milch beim Sterilisieren in Glasflaschen 20.
P. Schulz. Verdauungslipämie 215 — Wachstum und osmotischer Druck 27.
B. D. A. Friedrich Schulze. Erholungsheim, Ferienhaus 235.
Schulze-Kump. Anschwellung von subkutanen Lymphdrüsen des Thorax bei Lungentuberkulose 582.
Schumacher. Turmschädel und Hydrocephalus internus 782.
Schurupoff. Vitalitätsdauer des Pestbazillus 530.
P. Schuser. Neurosen im Kindesalter 582.
A. Schütz und **Videky.** Ätiologie der phlyktänulären Augenerkrankungen 436.
Schütze. Krippen und Säuglingsheime 599.
Julius Schwalbe. Reichs-Medizinalkalender 1913 519.
W. Schwalbe und **W. Knöpfelmacher.** Hydrocephalus und Lues 40, 724.
Schwarz. Einwirkung der Glashäger Mineralquelle auf die Zahl der Leukozyten 603 — Eiweißstoffwechsel 241 — Influenza bei Kindern 582.
Herman Schwarz. Säuglingssterblichkeit 599 — Sommersterblichkeit 241.
Schwarz und **Bass.** Kalkumsatz bei Tetanie 164.
G. Schwarz und **W. Falta.** Wachstumsförderung durch Radiumemanation 548.
De Schweinitz. Verhütung der Blindheit und der Unterricht des blinden Kindes 551.
F. Schweitzer und **Mamerti Aguna.** Epidemie von Poliomyelitis acuta in Buenos Aires 560.
F. Schweizer. Tetanus neonatorum 582.
C. Schwenk. Symmetrische Osteomyelitis nach Variola 636.
Johanna Schwenke. Döhlesche Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 380.
A. Sciortino. Einfluß des Zuckers auf Fermente 83.
J. Scoarnec. Salzbäder in Kinderhospitälern 599.
Scordo. Infektion der Ziege mit dem Ebertschen Bazillus 83.
F. Scordo. Stoffwechsel bei Kalaazar 258.
G. D. Scott. Achondroplasie 582.
John C. Scott und **J. Ott.** Milchsekretion 80.
Scott. Recht des Kindes 785.
Alfred Scott, Warthin und **E. J. Snyder.** Spirochaeta pallida im Herzmuskel bei kongenitaler Syphilis 772.
Secousse und **Rivière.** Vorzeitige Ossifikation der Schädelknochen 232.
Sedgwick. Rezidivierendes Erbrechen 607.
J. Sédillot. Hematome des Sterno-Cleideo-Mastoideus 782.
Seefelder. Ektopie der Pupille mit Lindenluxation 3 — Entwick-

lungsgeschichte und Mißbildungslehre des Auges 3 — Membrana pupillaris persistens corneae adhärens 3, 769.
E. Seel. Euterentzündungen der Kühe 83.
Hirsch Segal. Bauchblasengenitalspalte und partieller Tibiadefekt 782.
M. Ségard. Maligne diphtherische Angina 272, 582.
Ségard und **A. Mouchet.** Coxa vara 780.
W. Segl. Infektionskrankheiten 582.
M. Segré. Affektion der Tuberositas anterior der Tibia 272.
Edward Seguin. Idiotie und ihre Behandlung 230.
Seibold. Keimgehalt unter aseptischen Kautelen gewonnener Milch 83.
E. Seibold und **R. Reinhardt.** Schardinger-Enzym in Milch euterkranker Kühe 81 — Schardingersche Reaktion in Kolostralmilch 81.
Seidel. Kinder als Zeugen 814 — Salvarsanwirkung auf luetische Augenleiden 3.
L. Seidenberger. Adrenalingehalt des menschlichen Blutes 549.
Willy Seiffert. Anomalien der Patella 782 — Milchflaschenverschlüsse 83, 241 — Säuglingssterblichkeit in der Provinz Sachsen 599.
Fritz Seiler. Einfluß der Thymusdrüse auf die Blutbildung 550, 615.
Seippel. Venerische Krankheiten bei Kindern 769.
J. Seissl und **N. Westermeier.** Fütterungsversuch mit Nigerkuchen bei Melkvieh 83.
Ludwig Seitz. Intrakranielle Blutungen 782.
E. Seligmann. Bekämpfung der Diphtherie in Schulen 259, 272, 344.
Ugo Sella. Kongenitale Atresie des Darmes und der weiblichen Genitalien 640, 782.
Selter. Ausbildung der Lehrer in Gesundheitspflege 744.
A. Semenoff. Pegnin 559.
H. F. Semple. Gastro-intestinale Hämorrhagie 241.
E. Sendelbach. Schulhygiene 235.
M. Sénéchal und **R. Engel.** Appendicitis 272.
Senevet. Leishmaniose in Algier 769.
N. Sengoku. Radikaloperation freier Leistenhernien 594.
Th. Sepp. Erythema infectiosum 582.
J. H. Sequeira. Bullöse Eruption bei appendiculärem Abszeß 594.
N. Serebrenikoff. Animale Lymphe 550.
Sergent. Übertragung der Leishmaniose 769.
H. Serger. Milchschmutzbestimmung 83.
G. Sergi. Veränderungen und Erblichkeit 741.
Curt Serog. Entwicklungsdifferenzen von Zwillingen 750.
G. Severino. Hemimelie 259.
J. Sevestre. Blut und blutbildende Organe bei hereditärer Syphilis 770.
Sevestre, Nobécourt und **Bidot.** Harnstoffgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit 609.
Sevestre und **P. Nobécourt.** Meningitis cerebrospinalis 256, 766.
Sévi-Valensi und **H. Roger.** Lungentuberkulose 446.
Sewall. Multiple Kehlkopfpapillome 272.
Lindley Sewell. Operative Entfernung der Tonsillen und Adenoiden 594.
A. Sezary. Erythema nodosum und tuberkulöse Meningitis 725.
F. C. Shattuck. Hexamethylenamin bei Pneumokokkenempyem 582.
Shaver. Säuglingsterblichkeit und Hebammenfrage 599.
Shaw. Reine Milch 242 — Säuglingsernährung 242.
Shaw und **Ordway.** Muskuläre Pylorushypertrophie 242.
H. Shaw und **F. Roe.** Kongenitale Atresie des Duodenums 271, 594.
W. Sheen. C. A. Griffiths und **H. A. Schölberg.** Sarkom der Thymus 272.
Sheffield. Appendizitis, Typhilitis, Perityphlitis 594 — Diagnose der atypischen Poliomyelitis 522 — Megacolon congenitum 272 — Nierentumor 272 — Pneumohypodermsclerom 242 — Primäre Splenohepatomegalie bei Geschwistern 259 — Tetanismus 583.
Ph. A. Sheppard und **R. W. Lovett.** Kinderlähmung in Massachusetts 575.

Ph. Sheppard, M. J. Rosenau und **H. L. Amoss.** Poliomyelitis anterior acuta 581.
S. Shichitaro. Beteiligung der Ureteren an den akuten Blasenentzündungen 583.
Shin-Iza-Ziba. Einfluß kalter Bäder aufs Ohr 293.
Shukowsky und **Baron.** Hirngeschwülste 847 — Kongenitale Atresie der Speiseröhre 640.
Shukowsky und **Ssinjoff.** Degeneration der Niere 642 — Polyzystische Degeneration 531.
Shuttleworth. Mongolenimbecillität 788.
Sidler. Prädisposition für Lungentuberkulose 259.
E. Sidoun. Macrostomie 594.
Siebenlist. Myopiefrage 3.
K. Siebert. Kongenitale Skoliose 595.
Siegel. Reinkulturen des Cystorrhyctes vaccinae 254.
Ferdinand Siegert. Chondrodystrophischer Zwergwuchs 782.
G. Siegesmund. Stärke verschiedener Tuberkuline 583.
M. Siegfeld. Reichert-Meißlsche Zahl 83.
M. Siegfried und **O. Lindner.** Trypsinwirkung 83.
Sierra. Serumtherapie des Keuchhustens 635.
Sieur und **Rouvillois.** Chirurgische Behandlung der Stirnhöhleneiterung 281.
E. W. Sikemeier. Hypophysis cerebri und Pituitrin 583.
H. Silbergleit. Statistik der Säuglinge 785.
Oskar Silberknopf. Hirschsprungsche Krankheit 697 — Intrauterin abgelaufene Pneumonie 200.
Alfred Silbernagel. Internationale Jugendfürsorge 599.
Leo Silberstein. Symmetrisches Hautgangrän bei Scharlach 36, 52, 725.
S. Silberstein und **B. Bardach.** Polarimetrische Zuckerbestimmung 74.
Silberstern. Gesundheitsverhältnisse der Jugendblinden 793.
E. M. Sill. Behandlung mit Jodtinktur 16, 272 — Diagnose und Prognose der Kinderlähmung 12 — Fürsorge für das wachsende Kind 599 — Zusatz von Laktalbumin zur Kuhmilch 559.
M. Piraja da Silva. Hautleishmaniose in Bahia 767.
C. Silvan. Tonsille als Eintrittspforte der Tuberkulose 439.
P. Silve. Craniotabes 259.
T. Silvestri. Rachitis 259.
Gaston Simaeourbe. Milchversorgung der Großstädte 276, 559.
C. Simeray. Coxitis 595.
Simmons. Endokranielle Gehirnblutung bei Neugeborenen 177 — Intrakranielle Blutungen beim Neugeborenen 782.
Simon. Influenza 350.
R. Simon. Spätwirkung der Ernährung 559.
L. G. Simon und **L. Guinon.** Pneumokokkenmeningitis 570.
R. Simonini. Drüsenkomplikationen der Gallenwege 583 — Sclerema neonatorum 559.
C. A. Simpson. Kinderekzem 770.
G. C. E. Simpson. Kongenitale Hüftgelenksverrenkung 272.
Simpson. Säuglingsekzem 583 — Serotherapie der Zerebrospinalmeningitis 259.
J. F. Sinclair und **H. K. Pancoast.** Akute Epiphysitis 189, 583, 595.
A. Sisemsky. Gabritschewskysche Antistreptokokkenvakzine 583.
P. Sisto. Anämie durch Anchylostonum 583.
L. Sivori und **G. Constantini.** Immunisierung auf gastrischem Wege bei Diphtherie 770.
A. L. Skoog. Akule Poliomyolitis 12, 770.
E. v. Skramlik. Harnazidität 83.
A. Skutetzky. Arzneibehandlung der akuten Infektionskrankheiten 770.
Slingenberg. Hämolyse in Beziehung zum Icterus neonatorum 308.
Erich Sluka. Hilustuberkulose 175, 583.
W. v. der Sluys. Behandlung der chirurgischen Tuberkulose 455, 595.
J. Th. Smart. Pflichten der Allgemeinheit gegenüber rückständigen und minderwertigen Kindern 744 — Pflicht der Gemeinde gegenüber defekten Kindern 276.
Smedley. Kongenitale Pylorusstenose 242.
Smester und **A. Mouchet.** Nabelhernie 782.
B. Smieeluszewski und **M. Weiß.** Urorosein 165.

A. W. Smirnoff. Pathogenese und Therapie der Cephalo-hydrocele traumatica 640.
Smith. Amaurotische familiäre Idiotie 583 — Blasenstein 272 — Choleraähnlicher Durchfall 559 — Krankheiten unter Schulkindern 604 — Pyelitis 272.
Eustace Smith. Adenoide Wucherungen 280 — Choleriforme Diarrhöe 750 — Postnasaler Katarrh 583.
E. B. Smith. Nervöses Erbrechen 242, 559 — Typhus 259.
R. R. Smith. Enteroptose 180, 782.
R. Smith. Silbernitrat-Irrigationen bei infektiöser Diarrhöe 559.
S. A. Smith. Status epilepticus 770.
Smith und **Brown.** Wirkung von Mischungen von Diphtherietoxin und Diphtherieantitoxin 344.
G. A. Smith, H. A. Harding und **J. K. Wilson.** Milch 78.
R. M. Smith und **A. J. Kendall.** Gasbacillus im Stuhl 556.
Bellingham Smith und **A. Woodford.** Syphilis und Geisteskrankheiten 245.
O. Smithson. Subdurale Injektionen von Magnesiumsulfat bei Tetanus 583.
Smits. Milch von an Maul- und Klauenseuche leidenden Tieren 733.
Irving M. Snow. Myatonia congenita 770.
I. Snowman. Künstliche Ernährung 242, 750.
E. J. Snyder, Alfred Scott und **Warthin.** Spirochaeta pallida im Herzmuskel bei kongenitaler Syphilis 772.
E. Sobotta. Tuberkulöse Disposition 431.
O. v. Sobbe. Milchkonservierungsmittel Soldona 83 — Unterscheidung roher und gekochter Milch 83.
Sohler. Trypsinbehandlung bei chirurgischer Tuberkulose 455.
N. L. Söhngen. Milch 83.
D. A. Sokolow. Drüsenerkrankungen 219 — Geschichte der russischen Pädiatrie 330.
Sokoloff. Letale Blutung bei retropharyngealem Abszeß 280.
Th. Solowjow. Wirkung von Eierstock- und Corpus-luteum-Extraktion auf die Milchdrüse 559.
A. Bertram Soltau. Akute Poliomyelitis 259, 583.
Somers. Epidemische Zerebrospinalmeningitis 583.
Robert Sommer. Methoden der Intelligenzprüfung 741.
Sommerfeld. Epidemiologie der Diphtherie 344 — Infektionsdauer von Diphtherie 54.
Sommerfeld und **Aronson.** Giftigkeit des Harns bei Masern 684.
Paul Sommerfeld und **Adolf Loewy.** Kindliches Myxödem 537.
Sophian. Heilserum bei epidemischer Meningitis 313 — Kinderlähmung 522, 770 — Poliomyelitis 583.
Soren-Hansen. Längenwachstum 744.
P. Sorgente. Dermatitis exfoliativa 583 — Morbus Ritter 725.
J. Sorgo. Chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose 679.
R. F. Sorochowitsch und **J. A. Schabad.** Wirkung des Lebertrans bei Rachitis 4, 30, 181.
Sotiriades und **G. Caryophyllis.** Salvarsanbehandlung bei Kalaazar 246.
Soucek. Masernrezidiv, Keuchhustenrezidiv und Parotitis mit Meningitissymptomen 770 — Vasomotorische Hemiplegie 694.
Souligoux. Imperforation des Anus 782.
Soulques. Infantilismus hypophysären Ursprungs 583 — Familiäre Achondroplasie 770 — Infantilismus hypophysären Ursprungs 770.
C. Souquet. Säuglingsmortalität in Toulouse 276.
B. Sour. Albumin im Harn 259.
E. E. Southhard und **W. P. Lucas.** Konvulsionen während und nach der kindlichen Encephalitis 763 — Krampfneigungen bei Encephalitis 186.
Th. S. Southworth. Akute Drüsenabszesse 595 — Säuglingsfürsorge 276, 599.
H. Sowade. Hautdiphtherie 583, 632.
F. v. Soxhlet. Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch 660.
Spät und **Schleissner.** Septische Scharlachstreptokokken 353.
Speese. Harnröhrensteine 782.
O. Specht. Mischinfektionen bei Meningitis cerebrospinalis 583.
Spencer. Hämorrhagische Erkrankung der Neugeborenen 242.

Sperk und **Hecht.** Bradykardie nach Diphtherie durch partiellen Herzblock 194.
Siegfried Speyer. Kongenitale Zwerchfellshernien 782.
Chaja Spielberg. Hydrophthalmus congenitus 782 — Pathogenese des Hydrophthalmus congenitus 3.
Spieler und **Leiner.** Disseminierte Hauttuberkulose 253.
Spiller. Diagnose und innere Behandlung der Poliomyelitis 12.
W. G. Spiller und **J. P. C. Griffith.** Amyotonia congenita 250.
Spira. Otorhinologische Kasuistik 281.
A. Spittgerber und **J. Tillmanns.** Bestimmung der Salpetersäure in der Milch 83.
G. Spitzer und **O. F. Hunziker.** Chemische Zusammensetzung des Butterfettes 78.
Spitzy. Nervenplastik 328.
Splendore. Leishmaniose 770.
A. Splittgerber. Trockensubstanz der Milch 83.
L. M. Spolverini. Funktionelle Beziehungen zwischen Schilddrüse und inneren Sekretionsdrüsen 151.
F. H. Sprague. Hämatemese 259.
Maurice Springer. Einfluß der Elektrizität auf das Wachstum 741.
Springer. Madelungsche Deformität des Handgelenkes 321.
E. I. Springs. Säuglingsernährung 242.
O. Sprinz. Lebensaussichten kongenital-luetischer Kinder 770.
Sprunt und **Knox.** Verschluß der Urethra 778.
P. P. Ssakara. Unterleibstyphus 684.
Ssinjoff und **Shukowsky.** Degeneration der Nieren 642 — Polyzystische Degeneration 531.
Ssokolow. Differentieller Pneumograph 33.
D. Ssokolow. Drüsenerkrankungen 622.
Stadler. Multiple epidermisbekleidete Geschwülste der Harnblasenschleimhaut 642.
C. Stamm. Krämpfe bei Neugeborenen 637.
Douglas Stanley. Lungensyphilis 259.
W. v. Starck. Diabetes mellitus nach Pertussis 666.
J. Stargardter. Nahrungsbedarf u. Eiweißbedarf des Säuglingsalters 154.
Joseph Stark. Intestinale Hämorrhagie bei Masern 750.
Felix Starke. Poliomyelitis anterior chronica 770.
Starr. Diagnose und innere Behandlung der Poliomyelitis 12.
Stedger, R. S. Bread und **J. Reed.** Körperzellen in Kuhmilch 75.
Steele. Poliomyelitis anterior acuta 12.
G. G. Steele-Perkins. Skoliose 272.
E. Stefanopoli. Zerebrospinalmeningitis durch Pneumokokken 583.
W. Steffen. Wirkungsweise des v. Behringschen Heilserums bei Diphtherie 583.
Karl Steffenhagen. Säuglingstuberkulose 770.
Steffenhagen und **Weber.** Schicksal der mit menschlichen Perlsuchtbazillen infizierten Kinder 675.
Steiger. Hornhauttrübungen und Myopie 3.
Stein. Abortive Poliomyelitis 12 — Akutes Stadium der Poliomyelitis 522.
v. Stein. Verlangsamte Atmung infolge Nasenleidens 281.
Albert Stein. Polyneuritis im frühesten Kindesalter 64.
Konrad Stein. Pathologie des Vestibulapparates 292 — Zirkulationsverhältnisse im Schädelinnern bei venöser Stauung 293.
R. Stein. Epidemische Poliomyelitis 770.
Steindorff. Augenerscheinungen bei Barlowscher Krankheit 3.
F. Steinhaus. Schulärztlicher Dienst in Deutschland 235 — Schulhygiene 235.
O. Stenström und **Chr. Barthel.** Widerstandskraft von Tuberkelbazillen gegen Erhitzen in Molke 74.
Stephan. Epiphysenlösung am Schenkelhalse 325.
Stephani. Entkeimung von Diphtheriebazillenträgern 259.
S. Stephenson. Nachtblindheit 583.
S. Sterling. Pathogenese des Ikterus 583.
W. Sterling und **E. Flatau.** Progressiver Torsionsspasmus 249, 793.
Stern. Äußere Stillhindernisse 599 — Atmung bei Taubstummen 770.

P. Sterzing. Kernaplasie des Nervus vago-accessorius 583.
Hugo Stettiner. Oxyuriasis 370.
H. Stévenin. Antitryptische Fähigkeit des Blutserums 550 — Epidemische Meningitis 583.
M. D. Stevenson. Ophthalmia purulenta 259.
D. Stewart. Lungenembolie bei Diphtherie 770.
Stheeman. Eulatine bei Keuchhusten 464.
Stickel. Verhalten des Darmepithels 303.
C. Stiefler. Förstersche Operation 272.
E. Stieren. Augenbefunde bei hereditärer Syphilis 259.
Geo F. Still. Pyelitis 782.
B. Stiller. Pathogenese der orthotischen Albuminurie 842.
Stillung. Mechanismus der Akkommodation 3.
Fritz Stimmel und **F. Rotter.** Pathologie und Therapie des Hydrophthalmus 782.
Otto Stiner. Serumdiagnostik bei kongenitaler Lues 770.
F. Stirnimann. Anorexie 584, 770, 846.
H. Stöber. Kongenitale Zyste des Ösophagus 595.
Kurt Ritter v. Stockert und **Franz Ballner.** Trockenmilch 74, 745.
Stocker. Überempfindlichkeit gegen Tuberkulin Beraneck 629.
L. Stoeckiin. Milch 83.
Stodel. Behandlung des aphthösen Fiebers mit Electrargol 770.
Stoffel. Spastische Lähmung 770.
C. S. Stokvis. Schule und Diphtherie 468, 551.
O. O. Stoland. Giftigkeit von normalen und hypertrophischen Schilddrüsen 232.
H. Stoll. Diagonse der Bronchialdrüsentuberkulose 446.
K. Stolte. Aschenanalyse 83. — Behandlung von Säuglingen bei schweren Gewichtsverlusten **158** — Behebung von Durchfällen durch Buttermilch **49** — Feste Stühle beim Säugling 242.
Stolte und **Lederer.** Scharlachherz 353.
K. Stolte und **E. Pfersdorff.** Ausnutzung von Mehl- und Grießbreien beim Säuglinge **476.**
Stöltzner. Fibrolysin bei Lungenschrumpfung 181 — Kinderkrämpfe 226.
Stopford. Coma diabeticum 365.
Stowell und **Hillard.** Streptokokken der Milch und des menschlichen Rachens 602.
N. Strandgard. Erblichkeit der Disposition zur Lungenschwindsucht 431 — Lungentuberkulose 436.
E. Stratford. Röteln und Purpura haemorrhagica 584 — Röteln 259.
M. Straub. Skrofulose 770.
H. Straub und **Schlager.** Urämie 179.
Straubenmüller. Verhältnis des Arztes zur Schule 551.
Strauch. Leichenblutuntersuchungen 442.
W. Strauch und **E. Abderhalden.** Fermente des Magensaftes 73.
Strauß. Angeborene Tuberkulose 431. — Behandlung der Tuberkulose mit Jodmethylenblau und Kupferpräparaten 674.
J. Strauß. Resorption der Tuberkelbazillen 439, 584 — Seltene Mißbildungen 595.
M. Strauß. Karbolsäurebehandlung der Knochen- und Gelenkstuberkulose 455.
Benedikt Streit und **Wegelin.** Holocardius 782.
M. Strich und **J. Wohlgemuth.** Fermente der Milch 84.
E. Stricker. Größenmaße der Milz 550.
N. Stricker. Tuberkulindiagnostik im Kindesalter **481.**
Ströbel. Anaphylaktische Reaktion der Lunge 822.
J. Stroink. Folgen der Scharlachnephritis 584.
A. Struck. Zystitis und Bakteriurie 595.
Struyckenter Knile. Tuberkulöse Entzündung des Ohres und der Hirnhäute 292.
R. Stuber. Diabetes insipidus, Kochsalzfieber 242.
H. Stucken. Wirkung subkonjunktivaler Kochsalzinjektion 584.
Studte. Neue Typhusnährböden 836.
Stuelp. Salvarsan bei Augensyphilis 3.
Stümpke. Quarzlampe in der Therapie des Lupus vulgaris 455.

O. Stupel. Irideremia totalis congenita 584.
Josef Sturm und **H. Lüdke.** Tuberkulinreaktion 681.
Sturtevant. Pflege von Scharlachpatienten 771.
Ludwig Stütz. Angeborene seitliche Nasenspalte 782.
Suarez de Mendoza. Kinderschutz in Spanien 515.
S. Sucker. Teratom des Steißbeins 595.
Th. Sudhoff. Kongenitale Atresie des Conus arteriosus dexter 595.
T. Sugai. Leprabazillen im Blute des leprösen Neugeborenen 584.
Sugai und **Monobe.** Leprabazillen in der Milch von Leprakranken 734.
K. Sugi. Beitrag zur Frage der Gallengangsstenose beim Neugeborenen **294.**
A. Sundholm. Megacolon congenitum 782.
Enrique Suner. Sommerdiarrhöe in Spanien 460.
v. Sury. Spontane Darmruptur 782.
J. L. Swarts und **R. L. Thompson.** Nebenschilddrüsen 584.
J. B. Swift, Green und **Robert.** Hämorrhagische Erkrankungen der Neugeborenen 241.
J. O. Symes. Schulhygiene 235.
Martin J. Synnolt. Sommerdiarrhöe 242, 559, 750.
J. v. Szaboky. Kutanreaktion 446.
Szametz. Salvarsan bei Chorea minor 845.
A. Szana. Staatliche Fürsorge für verlassene Säuglinge in Ungarn 599.
L. v. Szaynoski. Hygienische Verhältnisse der Säuglinge in Rohatyn 599.
S. Székely. Kindernährmittel im Handel 750.
O. Szekeres. Polyvalentes Antistreptokokkenserum bei Scharlach 685.
P. v. Szily. Immunotherapie der multiplen Staphylokokkenhautabszesse 725.
Aurel v. Szily jun. Kongenitale Defektbildungen am Auge 3, 782.
Felix v. Szintagh. Scharlachproblem 466.
Szmurlo. Nasendiphtherie 856.

B. Tabatschnik. Enuresis noctura infantum 584.
P. Tachau. Gleichmäßig tiefe rektale Temperaturmessung 653.
A. E. Taft. Kongenitale Sprachstörung 259.
A. E. Talt. Masernepidemie 464, 584.
Takehiko. Knochenmarkgewebsentwicklung im Nierenhilusgewebe bei Anaemia splenica 612.
Y. Takeno. Diagnose der Tuberkulose 584.
Y. Takenoj und **A. Uffenheimer.** Nachweis des Kaseins in den Kaseinbröckeln 84.
Talbot. Akute Duodenalerkrankung 242 — Akute duodenale Indigestion 607 — Tuberkulose der Mesenterialdrüsen 678.
Fr. B. Talbot. Frauenmilch im Hospital 599.
F. Talbot. Kaseingerinnsel im Kinderstuhl 83.
Talbot und **Benedict.** Säuglingsstoffwechsel 746.
F. B. Talbot und **J. L. Morse.** Physiologie und Pathologie der Kohlehydratverteilung 240.
Takehiko Tanaka. Anaemia splenica 771.
T. Tanaka. Milchenzyme 83.
Takehiko Tanaka. Veränderungen der Herzmuskulatur bei Diphtherie 771.
Tanda. Bakteriologische Beobachtung bei der Choleraepidemie in Molfetta 339.
Tändler. Orthopädisches Schulturnen 744.
R. A. Tange und **M. H. J. Groenendyk.** Osteogenesis imperfecta 771, 848.
F. Tangl und **A. Zaitschek.** Einfluß wässeriger Futtermittel auf die Milch 83.
Tanquary. Cholera infantum 242.
Tanturri. Adenoide Vegetation 280 — Retropharyngealabszeß nach Otitis externa 280.
F. v. Tappeiner. Tuberkulöse Pylorusstenose 436.
M. Tartakovsky. Behandlung des Lupus erythematosus 584.
Tartler. Streptokokken in der Milch 83.
Taylor. Adenoide Vegetationen 259 — Chirurgische Behandlung der Poliomyelitis 522.
Henry Ling Taylor. Chirurgie der Rachitis 595, 782.
R. T. Taylor. Poliomyelitis anterior acuta 259.

W. M. Taylor und **J. P. Mc Gowan.** Epidemische Konjunktivitis 568.
Taube. Generalvormundschaft in Leipzig 709.
Josef und **Siegmund Taussig.** Ernährung und Pflege des Kindes 147.
Taute. Schlafkrankheit 357.
K. Teichert. Analyse der Milch 83.
Teje, Kurashige, R. Mayeyama und **G. Yamada.** Tuberkulinbazillen im strömenden Blut 761.
Teissonnière und **Léon Tixier.** Wassermannsche Reaktion beim Neugeborenen und Säugling 513.
L. Teleky. Wiener Arbeiten aus dem Gebiete der sozialen Medizin 861.
S. Tenzer. Radikaloperation der Tonsille 188.
G. Ter-Gabrieljanz. Primäre Lymphdrüsentuberkulose 595.
N. Ter-Markosoff. Initiales Stadium der Lungentuberkulose 584 — Ruhe und Bewegung beim initialen Stadium der Lungentuberkulose 628.
L. B. Terre. Ammen 242.
F. Terrien. Beiderseitige diphtherische Lähmung der Musc. recti externi 167.
Terrien. Conjunctivitis purulenta 259, 771.
E. Terrien. Zyklisches Erbrechen und Appendicitis 272 — Kinderheilkunde im Jahre 1910 233 — Primäre gastrische Intoleranz 751 — Pyelo-Zystitis 272.
F. Terrien und **Hillion.** Kongenitale spastische Retraktion des oberen Augenlides 783.
Terson. Blenorrhöe der Neugeborenen 259 — Ophthalmia purulenta 259 — Scheintod der Neugeborenen 259.
A. Terterianz. Metatarsus varus congenitus 595.
W. Teske. Kongenitaler Hydrozephalus internus 584.
M. Testard. Angeborener Kreuzbeinfleck 272.
Martial Testard. Mongolengeburtsfleck 595.
R. Teuffel. Hydrops foetalis 272.
H. Tewes. Prüfung mit Guajaktinktur 83.
G. L. Texier. Augenhygiene in den Schulen von Nancy 552.
E. Tezner. Spezifität der Pirquetschen Reaktion 446.
H. Thaler und **R. Cristofoletti.** Beziehungen zwischen Tuberkulose und Schwangerschaft 756.
Lewis Thatcher. Tylosis palmaris et plantaris 584, 667.
Thayer. Meningitisepidemie zu Dallas 313.
Thaysen und **Thöni.** Untersuchungen von „Poststaub" 674.
F. Theroude. Serotherapie bei epidemischer Zerebrospinal-Meningitis 584.
L. Thévenot und **P. Vignard.** Hodentuberkulose 260, 437, 585 — Tuberkulose der Nieren 585, 772.
M. Thiemich. Stilltechnik **405** — Technik der Ernährung 511.
Thoinot. Lungeneiterung 584.
R. Thoma. Schädelwachstum und seine Störungen 550, 744.
Thoma. Zwangszöglinge in Baden 812.
J. Thomann und **O. Jäggi.** Katalasebestimmung der Milch 78.
Thomas. Fieber unklaren Ursprungs 259, 771 — Hereditäre und kongenitale Syphilis 584.
E. Thomas. Involution der zentralen Rindenschicht der Nebenniere 210 — Myxödemformen 226.
B. A. Thomas und **Henry Beates.** Tetanus 753.
Th. Thomassian. Parotiditis 595.
Th. Thompson. Hämophilia 584.
Thompson. Kinderlähmung 522.
Fr. A. Thompson und **W. R. Mc Ausland.** Diphtherie 584.
R. L. Thompson und **J. L. Swarts.** Nebenschilddrüsen 584.
Oluf Thomsen. Poliomyelitis 771.
O. Thomsen und **H. Boas.** Wassermannsche Reaktion bei angeborener Syphilis 725.
O. Thomson und **P. Hertz.** Untersuchung der skrofulösen Kinder des Küstenhospitals 435.
Thomson und **Magnussen.** Spezifische Antikörper bei Echinokokken 690.
Thöni und **Thaysen.** Untersuchungen von „Poststaub" 674.
Thorington. Pathologie und Behandlung des Keuchhustens 259.
Thro und **Neustaedter.** Experimentelle Poliomyelitis 11.
G. Thuriot. Plötzlicher Tod bei Scharlach 260.
H. Thursfield. Diagnose 233.
F. W. Tiebackx. Koagulum aus den Gelatine-Gummisohlen 84.

Tièche. Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica 584 — Vulvovaginitis gonorrhoica 771.
Max Tièche. Vakzinale Allergie als diagnostisches Hilfsmittel 741 — Verwendbarkeit der vakzinalen Allergie bei Variola 771.
C. Tietze und **A. Weber.** Inhalations- und Fütterungstuberkulose 439.
Tilemann. Rechtslage des unehelichen Kindes 710.
Tileston. Mikuliczsche Krankheit 28.
Tillaye. Osteomyelitis 272.
J. Tillmans. Storchsche Reaktion 751.
Hermann Tillmanns. Lehrbuch der Chirurgie 862.
J. Tillmanns und **A. Spittgerber.** Bestimmung von Salpetersäure in der Milch 83.
Tinel - Giry. Heine-Medinsche Krankheit 584.
H. Tischler. Unschädlichkeit des Bromural 584.
L. Tissier. Lebensfähigkeit der Neugeborenen 751.
Henri Tissier. Verdauungstraktus bei Scharlach 584, 771.
Tissier und **Vaudet.** Anomalie der Schädelossifikation 550.
C. Titze und **W. Wedemann.** Ausscheidung von Kupfer mit der Milch 84.
Léon Tixier. Achondroplasie 664 — Anämien im Kindesalter 260 — Anämien im Säuglingsalter 476 — Diagnose der Säuglingstuberkulose 771 — Tuberkulose und Hypotrophie 436.
L. Tixier und **E. Aviragnet.** Akute Tuberkulose beim Kind 434. 453.
Léon Tixier und **V. Hutinel.** Diagnose der Tuberkulose 760 — Latente Tuberkulose 571.
Léon Tixier und **Nobécourt.** Kongenitale Hämophilie und Purpura 766.
Tixier und **Paisseau.** Tuberkulinintrakutanreaktion 579.
Léon Tixier und **Roederer.** Osteomalazie 660.
Léon Tixier und **Teissonnière.** Wassermannsche Reaktion beim Neugeborenen und Säugling 513.
L. Tixier und **J. Troisier.** Nebennierenentzündung und Pankreasentzündung bei Scharlach 371. 771.
R. Tizon. Epidemie von Zerebrospinal-Meningitis 584.
Klara Tluchor. Reinlichkeitspflege in der Schule 552.
Tobias. Salvarsan bei Augenkranken 3 — Vererbungsmöglichkeit erworbener Augendefekte 3.
Frank C. Todd. Fremdkörper im Bronchus 783.
Todd und **Wolbach.** Nachweis der menschlichen Trypanomen 357.
Todde. Funktion und Bau der männlichen Geschlechtsdrüsen bei Geisteskrankheiten 818.
G. Toislanz. Ausscheidung subkutan eingeführter NaCl-Lösungen 559.
Toledano. Verhütung von Infektionskrankheiten in der Schule 235.
A. Tomaszewski. Frühdiagnose und Behandlung der tuberkulösen Hüftgelenksentzündung 853.
Tomaszewski. Reinzüchtung der Spirochaete pallida 673.
A. Tomey. Hordeniensulfat bei Diarrhöe 242, 559.
Tomforde. Archiv Deutscher Berufsvormünder 710.
Tomlinson. Adenoide 233.
L. S. Tomskys. Akute Polioenzephalomyelitis in South-Staffordshire 584.
Frederic Tomson. Differentialdiagnose gewisser Infektionskrankheiten 771.
Tonney und **Pillinger.** Verwendung der Vakuumflasche 606.
F. Toeplitz. Säuglingsernährung und -pflege 550.
F. Toporski. Angeborene Stenose des Pylorus 559.
L. Torassevitch, E. Metchnikoff und **E. Burnet.** Epidemiologie der Tuberkulose 429.
van der Torren. Zeugenaussage der Kinder 814.
U. L. Torrini und **R. Gezes.** Leptothrix buccalis 250.
Touche. Infantile Hemiplegie ohne Athetose 771.
Touplain und **Bordas.** Azidität der Milch 75 — Milch 75.
Touraine und **Achard.** Anaphylaxie bei aszitischer Autserotherapie 739.
J. Touranjon. Larvierte Diphtherie 584.
Tournier. Behandlung der Spina bifida 783.

G. Toussaint. Spastische Rhinitis 584.
Towaszewski. Züchtung der Spirochaete pallida 357.
Townsend. Verhütung und Behandlung der Difformitäten 522.
Hidero Toyoda. Lungenpestepidemie in der Mandschurei 635.
Hidero Toyoda und **Tokuro Yasuda.** Verbreitung der pestbazillenhaltigen Tröpfchen beim Husten 636.
F. Toyofuku und **F. Hamburger.** Immunität tuberkulöser Tiere 441.
L. Trachtmann. Wirkung des Speichels auf die Milch 559.
H. Trautmann. Kochpasteurisierung von Kindermilch 84.
Travis. Zerebrospinal-Meningitis 584.
H. Treidtel. Körperkonstitutionen und Thoraxform 550.
W. H. Trethowan. Poliomyelitis anterior acuta 771.
E. F. Trevelyan. Geburtslähmung 260.
André Trèves. Humerusfraktur 595.
A. Trèves. Spina ventosa 272.
A. Trèves und **G. Schreiber.** Spina ventosa 436 — Verruköse Tuberkulose 436.
R. Salusbury Trevor. Aneurisma der Coronararterie 594.
H. Triboulet. Biuretreaktion im Stuhl 242. — Peritoneale Erscheinungen und Diarrhöe bei Pneumokokkensepsis 260 — Pettenkofersche Reaktion 242 — — Säuglingsdiarrhöen 242.
Triboulet, Debré und **Paraf.** Meningokokkenerkrankung mit Purpura 771.
Triboulet und **de Jong.** Achondroplasie 616 — Pseudodarmverschluß und Pneumokokkenseptikämie 176.
H. Triboulet und **Ribadeau-Dumas.** Osteoperiostitis 436.
Triboulet. Ribadeau-Dumas und **Debré.** Sklerem en plaques 526.
Triboulet und **Rolland.** Bazilläre Erkrankung der Bronchialdrüsen 260.
Triboulet und **Savariaud.** Chronische Invagination 783 — Darminvagination 327.
P. H. Tridon. Bedeutung der Pubertät 584.
Tridon. Knieresektion 273.
K. A. E. Trier und **J. Jundell.** Anstrengungsalbuminurie 572.
U. Trinci. Ellbogenfrakturen 273.
R. Tripier. Tuberkulose und Diphtherie 260.
Troch und **Conradi.** Nachweis der Diphtheriebazillen 834.
L. Troianowsky. Intestinale Verdauung der Milch 559.
Jean Troisier und **G. Paisseau.** Meningitische Form der Poliomyelitis anterior acuta 256.
J. Troisier und **L. Tixier.** Nebennierenentzündung und Pankreasentzündung bei Scharlach 371, 771.
J. W. Troitzky. Besonderheiten des Magendarmsystems 213.
Troitzky. Künstliche Ernährung 358.
Trömer. Motorische Schlafstörungen 806.
J. Tronyo. Augenkomplikationen bei Mumps 260.
H. True. Augenhygiene in der Schule 236.
H. Trunk und **Th. Pfeiffer.** Einwirkung von Fermenten auf Tuberkulin 81.
W. Truslow. Schwacher Rücken 273.
K. Tschatskin. Mortalität von Mutter und Kind nach Wendung 585.
D. P. Tschernyschew. Längenmessung an Säuglingen 209.
Tubby. Chirurgische Behandlung tuberkulöser Gelenkerkrankungen 317.
A. H. Tubby. Skoliosebehandlung 273.
Fritz Tüchler. Pseudotetanus 702.
Tuffier. Angiom des Scrotums 783.
T. Tuffier. Multiple Exostosen 273.
Tugendreich. Angeborener, halbseitiger, partieller Riesenwuchs. 60 — Erfolge von Fürsorgemaßnahmen 599.
H. Tugendreich. Unterscheidung von Frauen- und Kuhmilch 84.
G. Tugendreich und **M. Mosse.** Krankheit und soziale Lage 860.
Wilhelm Turk. Klinische Hämatologie 421.
A. E. Turnbull. Zwillingsmißbildung 595.
L. Turneau und **St. Engel.** Urin von Brustkindern 76.
J. Turner. Amaurotische Idiotie 585, 771.
Turzanski. Behandlung der Skrofulose in Iwonicz 850.

Turzer. Radikaloperation der Tonsille 282.
Tusehinsky und **Iversen.** Neosalvarsan bei Malaria tertiana 841 — Salvarsan bei Malaria 357.
R. Tuteur. Kochsalzstoffwechsel und Kochsalzwirkung 559.
W. Tuxford. und **A. Glegg.** Gewichts- und Längenwachstum englischer Kinder 236.
Twichell. Verhütung des Scharlachs und der Diphtherie 585.

K. Uchiyama. Viskositätsbestimmungen der Milch 559.
A. Uffenheimer und **Y. Takeno.** Nachweis des Kaseins in den Kaseinbröckeln 84.
W. Uffenrode. Nasennebenhöhlenerkrankung 281.
Uffenrode. Mittelohreiterung 293 — Ohrerkrankungen 293 — Otogene Meningitis 293.
Walther Uhlmann. Pneumokokkenerkrankungen der Knochen und Gelenke 595, 771.
Ullom. Intubation bei katarrhalischer Laryngitis 33.
H. Ulmann. Enzymgehalt von Milch euterkranker Kühe 751.
A. Ulrich. Epilepsiebehandlung bei salzarmer Kost 693.
Michael Umansky. Hernia diaphragmatica congenita 783.
Umber. Atropinbehandlung der Phosphaturie 216.
Friedrich Umber. Scharlachartige Serumexantheme 585, 686, 771 — Scharlachartige Serumexantheme und ihre Unterscheidung vom echten Scharlach durch die Ehrlichsche Amidobenzaldehydreaktion 725.
Umbert. Salvarsan und Hörnerv 292.
L. Unger. Melaena vera 668 — Myxödem und Mongolismus eines Neugeborenen 186, 585 — Pathologie und Klinik der Neugeborenen 771.
Unger. Status thymicolymphaticus 220.
A. Unger und **R. T. Frank.** Wachstum der Brustdrüse 554.
E. Ungermann. Milch und Milchproduktion eutertuberkulöser Kühe 751 — Tuberkulöse Infektion der Lymphdrüsen im Kindesalter 771.
S. Unterberger. Lymphatische Konstitution 772.
Urbantschitsch. Behandlung der Eustachischen Röhre 293.
V. Urbantschitsch. Vom Ohr ausgelöste Reflexe 292.
H. Uterhart. v. Pirquetsche Tuberkulokutanprobe 585.

A. Vacher. Plötzlicher Tod durch Thymushypertrophie 585.
Alexander Vacher. Thymustod 772.
Valagussa. Anämie bei Malaria 488.
Vallois. Schwere Hämorrhagie beim Neugeborenen 772.
Valmorin. Behandlung des Säuglingsekzems mit Thyreoidea 585 — Schilddrüsenopotherapie bei Ekzem 260.
Vamvakas. Milch 84.
G. Variot. Abdominale Ektasie 273 — Barlowsche Krankheit 242 — Behandlung des Säuglingsekzems 242 — Behandlung des Säuglingsekzems durch Milchwechsel 585 — Diarrhöe beim Brustkind 153, 751 — Ernährungstherapie bei Ekzem 260 — Immunität der Säuglinge gegen eruptive Fieber 260 — Institut de puériculture 785 — Kongenitale Hemiatrophie des Gesichtes und der Zunge 309 — Latente hereditäre Syphilis und Spätansteckung der Ammen 260, 585 — Magendilatation 751 — Rachitis 260 — Raynaudsche Krankheit 585, 772 — Untersuchung des Säuglings 233, 741, 772.
G. Variot und **E. Bonniot.** Fazialislähmung 585, 638 — Hemispasmus der Unterlippe und Littlesche Krankheit 186.
G. Variot und **F. Cailliau.** Vakuolisation der Muskelfasern des Herzens bei Atrophie und Hypertrophie 772.
Variot und **Lavialle.** Homogenisierte Milch 242 — Wärmestrahlung beim Säugling 559, 751.
Variot und **Morancé.** Bauchumfang bei verschiedener Ernährung 306 — Kongenitale paroxystische Cyanose 260 — Plätschergeräusch 602, 670 — Raynaudsche Krankheit 187 — Veränderungen des Bauchumfanges 751.
Variot und **Navialle.** Calorimetrie 751.

G. Variot, Pironneau und **P. Petit.** Asymmetrischer Pseudo-Hydrocephalus 273.
G. Variot und **H. Rousselot.** Pleuritisches Plätschergeräusch 772.
J. Vas. Entwicklungs- und Gesundheitsverhältnisse der mit Lues congenita behafteten Kinder 725 — Schicksal kongenital luetischer Kinder 317, 626.
M. Vasseur. Hämorrhagische Nephritis 585.
Vaudet und **Tissier.** Anomalie der Schädelossifikation 550.
M. de Vaugirand. Kleinhirntuberkel 847.
H. A. Vauvray. Pronation douloureuse 595.
Vayssière und **Guérin-Valmale.** Meningeale Hämorrhagie 250.
V. Veau. Chirurgische Behandlung der Kinderlähmung 260. — Intubationsapparat nach Moreaux 688 — Rachitische Schenkelverbiegungen 273.
Veeder und **Austin.** Multiple angeborene Hämangio-Endotheliome der Leber 180.
Veeder und **Fife.** Stoffwechsel bei Atrophie 554.
Veeder, Kilduffe und **Denny.** Bakteriologie der akuten Darmerkrankungen 659.
Otto Veil. Säuglingssterblichkeit in Tübingen 786.
H. van de Velde. Milchversorgung von New York 739.
A. Velebil. Kleinhirngeschwülste 188, 595.
H. A. J. Vendiesse. Ferienkolonien in Frankreich 276, 599.
Venable. Ätiologie der Magendarmkrankheiten 772.
Solon Veras. Malznährmittel bei Enteritis 513. — Tuberkulöser Rheumatismus 436.
A. v. Verbizier. Pyodermitis 725.
E. Verdoux. Maligne diphtherische Angina 772.
P. Vergely. Gastro-Enteritis mit Azetonurie 242.
Verhaeghe. Multiple Fremdkörper 273.
A. Vernes, E. Jeanselme und **Bertrand.** Milch von salvarsanisierten Ziegen bei Syphilis 239, 761.
P. L. Vernier. Augenuntersuchung in den Schulen von Nancy 552.
E. H. F. Versepueeh. Klumpfußbehandlung 595.
E. Vidal. Erziehung der Ammen 242.
C. Vidal. Helminthiasis beim Brustkind 260.
P. Vidal. Melaena neonatorum 242, 559, 751.
Videky und **A. Schütz.** Ätiologie der phlyktänulären Augenerkrankungen 436.
A. E. Vieille. Kongenitales Sarkom 595.
Viereck. Pathologie des vegetativen Nervensystems 60.
Viernstein. Ärztliche Untersuchungen an Kaisheimer Gefangenen 814.
P. Vigier. Spina bifida occulta 273.
P. Vignard und **L. Thévenot.** Hodentuberkulose 260, 437, 585 — Tuberkulose der Nieren 585, 772.
Karl Vignolo-Lutati. Raynaudsche Krankheit und hereditäre Syphilis 772.
E. Vigor. Unterernährung beim Säugling 242, 243, 559.
S. de Villa. Pankreas bei Säuglingsatrophie 243 — Serodiagnostik bei Syphilis 260.
H. Villard. Irido-Choroiditis nach Gastroenteritis 273.
Villar, Hewlett und **Rewis.** Zellelemente in der Milch 78.
Petit de la Villéon. Kongenitale Halszyste 595 — Rachitische Fraktur 270.
Emil Villinger. Sprachentwicklung und Sprachstörungen 744.
Vincent. Hämophilie der Neugeborenen 613.
Beth. Vincent. Bluttransfusion bei hämorrhagischer Diathese 751, 772.
R. Vincent. Acidität der Kuhmilch 243 — Darminvagination 595.
J. Vinchon. Delirium 260.
E. Vinck. Recht des Kindes 276.
Violi. Erfahrungen über Poliomyelitis 506.
P. Viollet. Rezidivierende Angina 260, 585.
A. E. Vipond. Scharlacherreger 353, 585.
Otto Virus. Halsrippen 783.
Vitoux. Milch 84.
J. Vitrac. Kongenitale Hüftgelenksluxation 273.
H. Vittoz. Kinder von Müttern mit Lungentuberkulose 585.
M. Vivaldi. Tuberkulinreaktion 446.

K. Vogel. Bantische Krankheit und Leberzirrhose 585.
M. Vogel. Hämophilie und Blutgerinnung 585.
Vogt. Abdominaltyphus 337 — Bakterien der Respirations-Erkrankungen 350 — Idiotia thymica 788 — Organisation für die Behandlung darmkranker Säuglinge **230.**
Hans Vogt. Diagnose der Lungentuberkulose 682 — Künstlicher Pneumothorax 512.
Hans Vogt, Brückner und **Gaethgens.** Bakteriologie der Respirationserkrankungen 843.
H. Vogt und **R. Lederer.** Spirometrische Untersuchungen 601.
Vogt und **Oppenheim.** Kongenitale und infantile Pseudobulbärparalyse 791.
Hans Vogt und **Felix Pielsticker.** Künstlicher Pneumothorax **143,** 669.
R. Voisin. Chronische Lumbalpunktion und Meningitisbehandlung 260 — Diagnose der Meningitis 260 — Lumbalpunktion und Meningitisbehandlung 773 — Rektale und axilläre Temperatur bei tuberkulöser Meningitis 446.
F. Volhard. Künstlicher Pneumothorax bei Lungentuberkulose und Bronchiektasie 669.
H. Volk. Tuberkulinreaktion 585.
G. Volpino. Experimentelle Infektion mit Leishmania infantum 585.
Jean Vonchon. Delirium 585.
M. Voron. Kinder tuberkulöser Mütter 431, 772.
Voron und **Gravier.** Klumpfuß 783 — Polydaktylie 783.
Friedrich Vorpahl. Melaena neonatorum 751.
H. Vortisch van Vloten. Säuglingsernährung in den Tropen 751.
J. Vosy. Tuberkulöse Erkrankungen der Tracheo-Bronchialdrüse 585.
de Vries-Feijens. Zeugenaussage der Kinder 814.
J. E. P. Vuillaume. Kongenitale Hüftgelenksluxation 273.
Vulpius. Operative Behandlung des angeborenen Klumpfußes 324.
Oscar Vulpius. Reponierte kongenitale Hüftluxation 783.
A. Waeber. Bestimmung der Azetonkörper 585.
P. Waeber. Hämophilie bei einem Neugeborenen 585.
Wachenheim. Amerikanische Literatur über Poliomyelitis 10, 521 — Behandlung der Enuresis 260 — Kutanreaktion bei Tuberkulose 677.
Aug. B. Wadsworth. Pneumokokkeninfektion 463.
P. Wagner. Ferienkolonien in Lothringen 276, 599.
Wagner-Hohenlobbese. Schwedisches Gymnastiksystem als Schulturnen 745.
L. Wahl. Anaphylatoxine 550.
E. Wahlen. Kongenitale Tuberkulose 431.
M. Wakushima. Tuberkulose beim Säugling 437, 586.
H. Waldenström. Tuberkulose des Collum femoris 437.
Genest Walker, Harold und Waller. Behandlung der epidemischen Sommerdiarrhöe und des Erbrechens; Salzinjektionen 243.
A. W. Walker und **A. J. Kendall.** Bazilläre Dysenterie 556.
F. Wallenstein. Hygienische Aufklärung und Belehrung 745.
Waller, Harold und **Genest Walker.** Behandlung der epidemischen Sommerdiarrhöe und des Erbrechens; Salzinjektionen 243.
Wallerstein. Pirquetsche Reaktion 455.
Ernst Waelli. Hernia diaphragmatica 783.
K. Wallich und **A. Fruhinsholz.** Schicksal der Frühgeborenen 243, 560.
J. Walsch. Hereditäre Disposition für Tuberkulose 431.
D. Walsh. Fürsorge und Erziehung 276.
Walt. Poliomyelitis anterior acuta 12.
Walter. Gehirngewicht und Intelligenz 818.
E. Walter. Färbemethoden zum kulturellen Nachweis der Diphtheriebazillen 530.
H. Walter. Kindersterblichkeit in England 599.
Walter und **Hübner.** Trichorrhexis nodosa 724.
Walther. Angeborener Klumpfuß 783 — Schicksal der aus der Straßburger Säuglingsheilstätte entlassenen Kinder 599.

H. Walther. Empyematische Skoliose 595.
Albert J. Walton. Angeborene Verlagerung der Gallenblase 783.
Wanner. Funktionsprüfungen bei kongenitaler Lues 292.
E. Wardmann-Wilbourne. Säuglingssterblichkeit 276.
L. M. Warfield. Enzyme in Frauenmilch 84.
Warren. Schulhygiene 552.
S. J. Warren. Tuberkulose des Ellbogens 455.
O. Warschauer. Craniopagus frontalis 595.
Warthin. Kongenitale Herzsyphilis 357.
Warthin, Alfred Scott und **E. J. Snyder.** Spirochaeta pallida im Herzmuskel bei kongenitaler Syphilis 772.
Watabiki und **Sakaguchi.** Kutane Reaktion bei Gonorrhöekranken 689.
Rupert Waterhouse. Thymushypertrophie 260.
George Watson. Ätiologie der parenchymatösen Nephritis 772.
W. H. Watters. Streptokokkenvakzine in der Scharlachprophylaxe 261, 586, 772.
G. E. Waugh. Akuter Darmverschluß 783 — Enterectomie wegen akuten Darmverschlusses 327.
P. Wauters. Einfluß der Ernährung auf den Fettgehalt der Milch 243.
G. H. Weaver und **L. Hektoen.** Übertragung von Scharlach auf Affen 570.
George A. Weaver und **Ruth Tunnicliff.** Antistreptokokkenserum bei Streptokokkeninfektion 586.
Curtis Webb. Entzündliche Erkrankungen des Dickdarms 641.
Weber. Thyro-adenoidales Syndrom 261 — Tuberkulose der Menschen und Tiere 674.
Weber und **Dieterlen.** Im Auswurf Lungenkranker vorkommende Tuberkelbazillen 675.
Weber und **Steffenhagen.** Schicksal der mit menschlichen Perlsuchtbazillen infizierten Kinder 675.
A. Weber. Eutertuberkulöse Kühe 449 — Milchversorgung auf dem Lande 694.
A. Weber und **C. Tietze.** Inhalations- und Fütterungstuberkulose 439.
E. Weber. Milchproduktion brünstiger Kühe 84.
F. P. Weber. Orthostatische Albuminurie 261.
G. Weber. Aprosexia durch Adenoide 261.
O. H. Weber, Otto Cohnheim und **G. Kreglinger.** Physiologie des Wassers und des Kochsalzes 746.
P. Weber. Diabetes insipidus 772.
F. P. Webster. Infantiler Skorbut und Kinderlähmung 261.
H. Weekbecker. Kongenitaler Brustmuskeldefekt 595.
W. Wedemann und **C. Titze.** Ausscheidung von Kupfer mit der Milch 84.
Wedemann und **Zwick.** Nachweis von Tuberkelbazillen in der Milch 84.
Weekers. Ätiologie der Ophthalmia neonatorum 773.
Weeks. Heilserum als Diphtherieprophylaktikum 586.
Weeks und **Dabenport.** Erblichkeit der Epilepsie 800.
Wegelins. Antikörperübertragung von Mutter auf Kind 84, 654.
Wegelin und **Benedikt Streit.** Holocardius 782.
Weichardt und **Schittenhelm.** Endemischer Kropf 649.
Weichsel und **Zwick.** Mastitis acuta des Kindes 84.
H. Weigmann. Guajaktinktur zum Nachweis von Pasteurisierung der Milch 751.
Friedrich August Weihe. Angeborener partieller Riesenwuchs 783.
Weill. Kopfschmerzen beim Kind 261.
Albert Weill. Familie mit Achondroplasie 586 — Radiographie bei Achondroplasie 773.
E. Weill. Behandlung der Chorea 586, 846 — Laryngospasmus bei Bronchopneumonie 261, 773.
M. Weill. Hirschsprungsche Krankheit 596 — Schmerzpunkte im Abdomen 586.
A. Weill und **A. Cayrel.** Meningealer Zustand im Beginn des Scharlachs 246.
E. Weill und **J. Chalier.** Purpura 261.
E. Weill und **Dauvergne.** Cerebrales Trauma 273 — Schädeltrauma 596.
E. Weill und **Dufour.** Scharlachangina 632.

Weill und **Gardère.** Duodenalulcus 273, 596 — Hypertrophische Pylorusstenose 243, 560 — Koplikssche Flecken 586 — Meningitis cerebrospinalis 261 — Pleuraergüsse 773 — Viscosität des Blutes 741.
Weill und **Gardine.** Duodenalulcus 783.
Weill-Hallé. Sclérême en plaques 773.
E. Weill, A. Morel und **A. Policard.** Gallenpigmente im Stuhl 243, 261, 560, 751.
E. Weill und **Mouriquand.** Eiweißmilch 560, 751 — Myocarditis bei Scharlach 261, 586 — Plötzlicher Tod bei Scharlach-Myocarditis 261.
E. Weill, G. Mouriquand und **Gardère.** Nierentumor 596.
E. Weill und **M. Pèhu.** Peritonitis tuberculosa 437.
Albert Weill und **F. Ribadeau-Dumas.** Radiotherapie bei Thymushypertrophie 580 — Thymushypertrophie 257.
J. Weinberg. Radiumtherapie des Naevus vasculosus 596.
F. Weingeroff. Todesursachen der Neugeborenen 586.
E. Weiniger, O. Kellner und **P. Neumann.** Getrocknete Hefe als Futtermittel 78.
Kurt Weinmann. Kutane Tuberkulinreaktion während Masern 773.
E. Weinrich. Urotropin-Sekretion und Resorption im Liquor cerebrospinalis 38.
Anton Weiser. Kongenitale Dilatation der Blase, der Ureteren und des Nierenbeckens 783.
Stephan Weiser. Ca-, Mg-, P- und N-Umsatz des wachsenden Schweines 751.
Gustav Adolf Weiß. Diagnose und Ätiologie angeborener Pulmonalstenosen 773.
M. Weiß. Disposition des Lungengewebes zur tuberkulösen Infektion 175.
M. Weiß und **B. Smieciuszewski.** Urorosein 165.
Moritz Weiß und **Alfred Weiß.** Urochromogennachweis bei der Tuberkulinbehandlung 678.
W. Weißwange und **F. E. Nottebohm.** Eisenbestimmung in der Milch 749.
H. Weitling. Marmorekssches Antituberkuloseserum 455.
Weitz. Behandlung der Pneumonie mit Pneumokokkenserum 842.
J. W. Welch. Blutseruminjektion bei Melaena neonatorum 560 — Erysipel beim Neugeborenen 273.
Ernst Welde. Angeborene Kernaplasie 846 — Ätiologie des Keuchhustens 346 — Eiweißmilch 84 — Neosalvarsan bei kongenitaler Lues 385 — Salvarsan bei Lues congenita 625, 725 — Tragbare Couveuse 243.
O. Wellmann. Zusammensetzung der durch das Kalb gsaugten Kuhmilch 84.
Wells. Flexnersches Antimeningitisserum 586.
G. Wells. Anaphylaxie 84.
O. V. Wells. Hämorrhagische Erkrankung der Neugeborenen 586.
S. M. Wells. Melaena neonatorum 243.
A. Welsch. Mißbildung 596.
Welsh. Scharlach 586.
G. W. Wende und **H. de Groat.** Dermatitis vegetans 261.
R. Wenglowski. Entwicklung der Nabelgegend 783 — Halsfisteln und -zysten 783.
Wernstedt. Zweite schwedische Poliomyelitisepidemie 503.
W. Wernstedt, C. Kling und **A. Pettersson.** Heine-Medinsche Krankheit 573 — Übertragungsmodus bei Heine-Medinscher Krankheit 761 — Übertragung der spinalen Kinderlähmung 253.
Zur Werth. Karbenzym bei tuberkulösen Affektionen 455.
Matthias Westenberger. Mischgeschwülste der kindlichen Scheide 783.
N. Westermeier und **J. Seissl.** Fütterungsversuch mit Nigerkuchen bei Melkvieh 83.
F. Westhausser, C. Beger und **A. Morgen.** Verwertung des Ammoniumazetates und des Asparagins 80 — Futterwert des frischen Grases 80.
Weston. Infantiler Skorbut 560.
J. A. und **P. C. Weston** und **J. A. Kolmer.** Behandlung der septischen Rhinitis bei Scharlach 573.
Weston und **Kolmer.** Meerschweinchenprobe bei Diphtheriebazillen 344 — Vakzinebehandlung der Scharlachotitis 586.

H. Wettendorf. Heliotherapie der chirurgischen Tuberkulose 826.
G. Wetzel. Lageveränderung der kindlichen Niere 783.
Weygandt. Hirnveränderung bei Mongolismus 788.
Weygandt und **Grasemann.** Berufsvormundschaft und geistig Minderwertige 710.
E. G. Wherry. Malaria beim Kind 586.
While. Sexuelle Erziehung 236.
S. Whillis und **F. C. Pybus.** Enucleation der Tonsillen 273.
T. R. Whipham. Rezidivierendes Ödem 586.
G. H. Whipple. Unempfindlichkeit junger Hündchen gegen Chloroformvergiftung 301 — Unterricht des Lehrpersonals in Schulhygiene 236 — Schwangerschaft und Chloroformanästhesie 301.
Whitaker. Milchversorgung von Chicago 276.
W. H. White. Nackendrüsenschwellung 273 — Vakzinetherapie bei Kindern 233.
T. W. White, W. Johnson, E. W. Saunders und **J. Zahorsky.** Pertussisvakzine 314, 769.
H. Whitehead. Darmblutung bei Typhus 586.
R. Whitmann. Pottsche Krankheit 273.
Wiborg, A. Backe und **Röer.** Milch 74.
L. Wickham und **G. Sterling Ryerson.** Radiumbehandlung bei Sarkom 595.
Wiekmann. Serumdosen bei Diphtherie 344.
F. Widal, P. Albramic und **Et. Brissaud.** Auto-Anaphylaxie 741.
Widal, Brodin, Levaditi und **Leoneano.** Tädliche Poliomyelitis 773 — Akute tödliche Poliomyelitis 575.
G. Wiedemann. Pirquetsche Reaktion bei chirurgischer Tuberkulose 446.
Wilhelm Wiegels. Verdoppelung des Rückenmarks 783.
Wiegmann. Keuchhusten 346.
G. Wiegner. Adsorption d. Zuckers in wässeriger Lösung 84 — Kalloidchemische Studien an Milch 84, 560, 751 — Ultramikroskopische Untersuchung 84.
E. Wieland. Ernährungsstörungen im Säuglingsalter 734 — Hypothyreotische Konstitution 615.
E. Wienecke und **H. Roeder.** Jugendwanderung und Jugendkraft 419.
E. Wiener. Einwirkung von Ozon auf Milch 84.
Josef Wiesel. Pathologie der Thymus 741.
Wileos. Angeborener Darmverschluß 273.
Van der Wildenberg. Stirnhöhleneiterung 282.
Wile. Mittagsmahlzeit der Schulkinder 745 — Säuglingsmorbidität und -mortalität 600.
Ira S. Wile. Stillen 751.
Ch. Wilenkin-Bronstein. Diätetische Behandlung des Säuglingsekzems 586.
A. Wilke. Pathogenese der tuberkulösen Meningitis 586 — Tuberkulöse Meningitis 437.
Wilker. Aus der Praxis der Zwangserziehung 812.
K. Douglas Wilkinson. Akute Poliomyelitis 261, 586.
H. v. Willebrand. Behandlung von Zirkulationsstörungen bei Diphtherie mit Pituitrin 773.
H. Willecke, H. Schellbach und **W. Jilke.** Wasserstoffsuperoxydhaltige Milchkonservierungsmittel 751.
R. Willette. Stillen 243.
Williams. Diphtherie 261 — Ellenbogenfrakturen 783 — Marktmilch und Säuglingssterblichkeit in Rochester 600 — Poliomyelitis 522.
E. C. Williams. Ataxie 261.
Louis L. Williams. Salvarsan und Masern 773.
Mary H. Williams. Körpertemperatur 741.
Anna W. Williams und **Matthias Nicoll.** Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 632, 765.
Williamson. Behandlung der Chorea 261.
Willige. Paralysis agitans 793.
Carl Wilms. Langerhanssche Inseln 741 — Pirquetsche Reaktion 40 — Tuberkulintherapie 40.
S. J. Wilson. Henochsche Purpura 773 — Pikrinfärbung der Tuberkelbazillen 676 — Poliomyelitis 522 — Tonsillen im Kindesalter 586 — Tuberkulose 261.
J. K. Wilson, H. A. Harding und **G. A. Smith.** Milch 78.
Wimmenauer. Bestimmung des Ernährungszustandes bei Schul-

kindern 745 — Schulärzte und Schulzahnhygiene 236 — Tuberkulinimpfungen 261.
W. H. Wimmer. Doppelbildungen an Nieren 596.
J. G. Windelschmidt. Doppelmißbildungen 596.
Wingerath. Myopiefrage 236.
H. Winkler. Angeborene Zwerchfellhernie 596.
J. J. Winocouroff und **J. M. Arluck.** Ansteckung an Tuberkulose während der Beschneidung 752.
Winslow. Angeborenes Gangrän des Unterarmes 187 — Gefährlichkeit der rohen Milch 560 — Septische Amygdalitis in Ost-Massachusetts 34.
C. E. A. Winslow. Septische Anginaepidemie infolge infizierter Milch 586.
Winternitz, Ishiwara und **Kraus.** Verhalten embryonaler Zellen gegenüber Nabelblut 151.
Winters. Stoffwechsel bei Rheumatismus 261.
G. H. Wipphle. Hämorrhagische Diathese, Melaena neonatorum, Cirrhosis hepatis 243.
G. H. Wipple und **J. H. King.** Pathogenese des Ikterus 586.
Wirths. Persistierende Pupillenmembran 3.
A. Wirz. Mydriatisch wirkende Substanzen im Blut von Nephritikern 586.
Hermann Wittich. Poliklinische Tuberkulinbehandlung 455, 725 — Poliklinische Tuberkulinbehandlung der Skrofulose und Tuberkulose 37.
Albert Wittmer. Angeborene Hornhauttrübung 773.
B. E. Wladimiroff. Himbeerzunge 725 — Scharlachvakzination und Anginen 353.
A. Wöhler. Pneumokokkenarthritis 596.
J. Wohlgemuth und **M. Strich.** Fermente der Milch 84.
H. Wolta und **F. Klemperer.** Salvarsan bei Scharlach 573.
Wolbach und **Howard.** Kongenitale Obliteration der Gallengänge 266.
Wolbach und **Todd.** Nachweis der menschlichen Trypanomen 357.
Fritz Wolf. Multiple Sklerose 586, 773.
Julius Wolf. Geburtenrückgang 786, 859.
K. Wolf. Säuglingssterblichkeit 786.
P. Wolfensohn-Kriss. Blutdruck im Kindesalter 550.
L. Wolfer. Ungleiche Pupillenweite bei Lungentuberkulose 446.
Wolff. Ätiologie der chronischen Augenkrankheiten 3.
B. Wolff. Entwicklungsanomalien bei vorzeitiger Geschlechtsreife und bei Infantilismus 587 — Infantilismus und vorzeitige Geschlechtsreife 663.
F. Wolff. Einfluß des Klimas auf Lungentuberkulose 455.
Georg Wolff. Kalk- und Phosphorsäurestoffwechsel 462.
Max Wolff. Intra-uterin geheilte Hasenscharte 783.
Wolffberg. Körperliche Ausbildung der Jugend in Bayern 745 — Sehprobe 745.
Louis Wolffberg. Sehschärfe und Formensinn 773.
W. Wolffenstein. Epilepsie der Pubertätszeit 587.
Wollenberg. Mobile Skoliose 318.
Wollstein. Serumbehandlung der Influenzameningitis 350.
Hans Wolta und **Felix Klemperer.** Salvarsanbehandlung bei Scharlach 761.
R. Wood. Subkutanes Emphysem 261.
Woodard. Taubstumme Kinder 587.
A. Woodford und **Bellingham Smith.** Syphilis und Geisteskrankheiten 245.
E. B. Woods und **P. J. Eaton.** Diabetes mellitus 237, 567.
S. S. Woody und **J. A. Kolmer.** Diazoreaktion bei Scharlach und Serumkrankheit 167, 587 — Nichtdiphtherische Exsudate 587.
Worms und **Hamaut.** Chirurgische Behandlung der akuten Nephritis 587 — Schenkelhalsfraktur bei kongenitaler Hüftgelenksluxation 273.
Wortmann. Heilung der Nierentuberkulose 827.
A. Wreschner. Sprache der Kinder 648.
B. Wright. Quecksilberbehandlung der Tuberkulose 455.
J. Wyleszynski. Präventivimpfung gegen Scharlach 855 — Prophylaktische Scharlachvakzination 353.

Wysman und **Schreuder.** Psychopathische Methode Binet und Simon 808.

Yamada, Mayeyama und **Kurashige.** Ausscheidung der Tuberkelbazillen aus der Milch tuberkulöser Frauen 627.
G. Yamada, R. Mayeyma, Teje und **Kurashige.** Tuberkelbazillen im strömenden Blut 761.
Tokuro Yasuda und **Hidero Toyoda.** Verbreitung der pestbazillenhaltigen Tröpfchen beim Husten 636.
Marleod Yearsley. Häufigkeit von Adenoiden in Londoner Elementarschulen 280.
E. Yoshida. Erweiterungen des Dickdarmes 596.
James K. Young. Arthritis deformans 596, 784.
J. H. Young. Darminvagination 596 — Infektiöse Diarrhöe 560.
Young. Epidemische Poliomyelitis 12.

B. Zabel. Meningitis purulenta aseptica 837.
Zade. Antikörper der Hornhaut 654.
H. Zade-Immigrath. Polymorphie der Parotitis epidemica 169.
Ignaz Zadek. Hämorrhagische Erosionen und Magengeschwüre 752.
E. Zadro. Heliotherapie 152.
T. Zahn. Zentrale Störungen der Artikulation 261.
J. Zahorsky, W. Johnson, E. W. Saunters und **T. W. White.** Pertussisvakzine 314, 769.
A. Zaitschek. Einfluß der Futtermittel auf Milchfett 84.
A. Zaitschek und **F. Tangl.** Einfluß wässeriger Futtermittel auf die Milch 83.
W. Zaleski. Stoffwechselprozeß in reifendem Samen 84.
Zaloziecki und **Knik.** Akustikuserkrankungen im Frühstadium der Lues 292.
P. Zander. Spätresultate der Talusoperationen 273.
G. Zanetti. Säuglingsernährung 243.
D. Zani und **G. Del Lago.** Infantilismus und Hypophysentumor 784.
M. Zaeppffel. Lymphangitis, Adenitis und Adeno-Phlegmon 261.
Zappert. Befunde an Spinalganglien 197 — Brusternährung und tuberkulöse Meningitis 431.
Julius Zappert. Epilepsie im Kindesalter 587 — Mastitis adolescentium 642 — Nervöse Absenzen 700 — Pathologische Anatomie und experimentelle Pathologie der Poliomyelitis 500 — Prognose der Epilepsie 693 — — Spinalganglien im Kindesalter 233, 550, 741.
S. Zarchi. Abdominaltyphus im Kindesalter 168, 587.
Max Zarfl. Angeborene Darmstenose 696 — Dermatitis exfoliativa 701 — Eitrige Hüftgelenksentzündung 700 — Kongenitale Tuberkulose 704 — Mongolenfleck 696 — Tuberkulöser Primäraffekt der Lunge 700.
H. Zehnder. Serodiagnose der Syphilis 587.
L. Zehner, W. Falta und **Kriser.** Behandlung der Leukämie mit Thorium X 182.
Adolf Zeller. Behandlung und Heilung von Krebskranken 849.
Malka Zetlin. Nierenschrumpfung im Kindesalter 773.
Shin-izi Ziba. Degenerative Labyrinthatrophie 773.
Ziegler. Eintelfürsorge des niederösterreichischen Landes-Zentral-Kinderheims in Wien 710 — Kühlhaltung der Milch 243 — Überwertige psychische Leistungen bei Schwachsinnigen 808.
Ziehen. Psychopathische Konstitution 800 — Torsionsneurose 793.
S. Zielenniewska-Stéfanoff. Pathologische Anatomie des Kretinismus 587.
Zieler. Toxische Tuberkulose der Haut 437.
Ziemke. Jugendlicher Schwachsinniger vor Gericht 814.
J. Zimmer. Kalkresorption bei pasteurisierter und sterilisierter Milch 560.
C. Zimmermann. Intrauterine Belastungsdeformitäten am Kopf von Schädellagekindern 596.
Alfred Zimmermann. Laryngitis subchorsalis acuta 281.
Heinrich Zinsser. Angeborene Hüftluxation 784.

F. Zinsser. Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes 517 — Zahnveränderungen bei kongenitaler Syphilis 587.
Zirolia. Choleravibrionen in den Entleerungen von Cholerarekonvaleszenten 339.
P. Zmudzinski. Temperatur- und Gewichtsverhältnisse der Neugeborenen 560.
H. Zoege. Appendizitis 596.
F. Zoltowska. Ernährung Neugeborener in Genf 560.
A. Zuber und **P. Armand Delille.** Seekur bei Drüsentuberkulose 773.
A. Zuber und **T. Petit.** Noma 784.
F. W. Zübert. Offener Meckelscher Divertikel 596.
O. Zürcher. Offenbleiben des Ductus arteriosus Botalli 596.
S. G. Zwart. Physiologie der Milchdrüse des Rindes 560.
Zweig. Serodiagnostik der Tuberkulose 830.
Zwetkoff. Eisen und Arsenik gegen Chlorose 587.
Zwick und **Wedemann.** Nachweis von Tuberkelbazillen in der Milch 84.
Zwick und **Welchel.** Mastitis acuta des Kindes 84.
Fritz Zybell. Pleuraempyem bei Säuglingen **93,** 370.
Zytowitsch. Trepanation des Processus mastoideus 292.

Sachverzeichnis.

Bei den Originalmitteilungen sind die Autornamen fett gedruckt.

Abdomen, Schmerzen (Barling) 245 — (Kerr) 602 — Schmerzpunkte (Weil) 586.
Abdomen, Perkussion (de Lange) 268, 622.
Abdomen, Umfang bei verschiedener Ernährung (Variot und Morancé) 306 — großer, flacher Bauch (Marfan) 240.
Abdomen, Diphtherie (Everall) 345.
Abdomen, chirurgische Behandlung akuter Erkrankungen (Clogg) 264.
Abdomen, Tumor (de Bruin) 263 — Abdomen, Lymphangioma cysticum (Miwa und Saito) 592.
Abdominale Ektasie (Morancé 577. — (Variot) 273 — (Variot und Morancé) 751.
Abdominale Ptose (Pierre) 270.
Abdominale und zerebrale Gefäßkrisen (Kirsch) 701.
Abnabelung (Ahlfeld) 547.
Abnorme Entwicklung (Dittrich) 471 — (Glogau) 471.
Abnorme Kinder (Mc Cready) 565 — (Davidson) 247 — (Downing) 566 — (Doyle) 550 — (Dupuy) 846 — (Granjux) 250 — (Großmann) 250 — (Paul-Boncour) 256.
Abnorme Kinder, Ätiologie und Prophylaxe (Neustädter) 276, 471 — präkonzeptionelle, intrauterine und kongenitale Momente (Kerr) 232.
Abnorme Kinder, Intelligenzprüfung (Descoeudres) 248.
Abnorme Kinder, klinische Untersuchung (Mc Cready) 247, 471 — Verhalten von Nase, Rachen und Ohr (Glogau) 250.
Abnorme Kinder, Behandlung (Meylan) 255 — körperliche Übungen (Meylan) 471.
Abnorme Kinder, Schulunterricht (Drouineau) 234 — Erziehung und Unterweisung (Landmann) 762.
Abnorme Kinder, Fürsorge der Gemeinde (Smart) 276, 744.
Absenzen, nervöse (Zappert) 700 — nicht epileptische (Friedmann) 758, 800.
Absorption, intestinale (Champy) 553.
Abstillen (Delearde) 237
Abszeß (Espenel) 265.
Abszeß, extraduraler (Botey) 262. — Stirnlappenabszeß (Mc Coy) 281 — von Hirn und Kleinhirn (Savariaud und Dutheillet de Lamothe) 594 — des Kleinhirns (Fiore) 49.
Abszeß, retropharyngealer (Adam) 281 — (Basany) 280 — (Comby) 264 — akuter, retropharyngealer (Menier) 280 — retropharyngealer, letale Blutung (Sokoloff) 280 — retropharyngealer nach Otitis externa (Tanturri) 280 — retro- und lateropharyngealer (Ombrédanne) 269.
Abszeß, latero-pharyngealer (Guisez) 590 — latero-pharyngealer, otogenen Ursprungs (Guisez) 281.
Abszeß, tonsillarer und retropharyngealer (Comby) 264, 848.
Abszeß der Lymphdrüsen (Southworth) 595.
Abszeß, Pneumokokkenabszeß der Lunge (Guinon) 266 — der Lunge und Bronchiektasie (Kulbs) 844 — von Lunge und Leber (Mc Kechnie) 778.
Abszeß der Leber (Acuna) 774.
Abszeß des Beckens appendikulären Ursprungs (Routier) 594.
Abszeß, konservative Behandlung kalter Abszesse (Beck) 453.
Abszeß, Immunotherapie der multiplen Staphylokokkenhautabszesse (v. Szilly) 725.
Achondroplasie (Ager) 560 — (Lauze) 574 — (Scott) 582 — (Tixier) 664 — (Triboulet und de Jong) 616 — (Weill) 586.

Achondroplasie, familiäre (Souques) 770.
Achondroplasie, Radiographie (Weill) 773.
Adalin (Kobrak) 573, 761.
Addisonsche Krankheit (Chemin) 564 — (Kahn) 573.
Adenektomie, Komplikationen (Grossard und Kauffmann) 280.
Adenoide Vegetationen (King) 573 — (Smith) 280 — (Tanturri) 280 — (Tomlinson) 233.
Adenoide Vegetationen beim Säugling (Durif) 248, 566 — (Sargnon, Gaté und Durif) 258, 582.
Adenoide Vegetationen. Struktur und Histogenese (Retterer und Lelièvre) 257, 549 — Einfluß auf das Allgemeinbefinden (Taylor) 259 — Komplikationen (Grossard und Kaufmann) 590 — akute Entzündung (Meyes) 781 — Nachwachsen (Guthrie) 740, 777.
Adenoide Vegetationen, Operation (Cozzolino) 589 — (Higguet und Fallas) 266 — (Sewell) 594 — Radikaloperation (Kerley) 267, 591 — Operation bei Masern (Greene) 777.
Adenoide Vegetationen, Häufigkeit in Londoner Elementarschulen (Yearsley) 280 — in rumänischen Schulen 280 — (Costiniu) 247.
Adenoide Vegetation und physische Erziehung (van Meenen) 255 — und Thyreoidea (Weber) 261 — und epileptische Konvulsionen (Piguero) 767.
Adenoidektomie (Ardenne) 262 — (Grossard und Kauffmann) 266.
Adenom, malignes embryonales der Leber (Peiper) 472 — des Ileum (Kakels) 267 — des Nabels (Negroni) 269.
Adenopathie, mediastinale (Gendron) 249.
Adenopathie, tracheobronchiale (Aubertin) 244 — (Aviragnet) 244 — (Maillet) 268, 375 — tuberkulöse (Barbe-Oberlin) 427, 561 — Respirationsverlangsamung (Aubertin) 375.
Adeno-Phlegmone des Halses (Ombrédanne) 269.
Adenosarkom der Niere (Dand und Lerat) 781.
Adenotomie, Indikationen (Blumenfeld) 201 — Komplikationen (Burack) 279 — Torticollis (Bialik) 279 — Rezidive (Imhofer) 281 — Anästhesie (Lautmann) 279 — Narkose (Kiär) 280.
Adipositas und Hypophyse (Grahaud) 569 — hypophysäre und eunuchoide (Neurath) 788.
Adnexe, uterine in Säuglingshernien (Moschcowitz) 592.
Adrenalin im menschlichen Blut (Seidenberger) 549 — bei Ohrgeräuschen (Liwschitz) 575 — bei Totalaufmeißlung der Mittelohrräume (David) 293.
Adsorptionerscheinungen in der Milch (Kreidl und Lenk) 239.
Affektepileptische Anfälle (Bauer) 200.
Affektkrämpfe, respiratorische (Ibrahim) 572.
Agenesia dentaria (Jorge) 267.
Agenesie des Kleinhirns und Reflexe (Anton) 791.
Agglutination bei Typhus (Rehberg) 683.
Agglutinationsprobe (Ruhräh) 549.
Akardius (Effsing) 776.
Akinesie, psychogene (Goett) 371.
Akkommodation, Mechanismus (Stilling) 3.
Akkommodationslähmung, postdiphtherische (Cothier) 345 — (Oloff 578, 766.
Akne vulgaris (Haase) 670.
Akrodermatitis atrophicans (Rach) 199.
Akromegalie (Babonneix) 262 — (Briquet) 754 — (Harbitz) 760 — (Petrén) 767 — (Salle) 61, 308.
Akustikus, Erkrankung bei Syphilis (Knik und Zaloziecki) 292.
Albulaktin, Stoffwechselversuche (Bornstein) 75.
Albumin, Gehalt der Frauenmilch (Grosser) 77.
Albuminimeter (Carl) 553.
Albuminurie, experimentelle Erzeugung (Fischl) 567 — Abhängigkeit vom Säuregrad des Urins (v. Hösslin) 555 — der durch Essigsäure fällbare Eiweißkörper bei orthotischer Albuminurie (Pollitzer) 179 — Behadlunng (Galliot) 249, 568.
Albuminurie bei Scharlach (Pougaud) 580 — chronische nach Scharlachnephritis (Rosenfeld und v. Rechtenstamm) 525.

Albuminurie und orthostatische Zyanose (Guédeney) 570.
Albuminurie der Neugeborenen (Reuß) 396 — bei gesunden Kindern (Sour) 259 — der älteren Kinder (Michalowicz) 855.
Albuminurie, funktionelle (Manya) 576.
Albuminurie durch Anstrengung (Jundell und Fries) 366, 572.
Albuminurie, lordotische (Hamburger) 179.
Albuminurie, orthostatische (Déhillotte) 264 — (Maillet) 576 — (Michalowitsch) 218 — (Plumier) 580, 767 — (Weber) 261 — und bewegliche Niere (Maillet) 254 — kardiopulmonären Ursprungs (Manya) 576.
Albuminurie, orthotische; Pathogenese (Stiller) 842.
Aldehydreaktion, Ehrlichsche bei Kreislaufstörungen (Jonass) 183.
Alimentäres Fieber (Rosenthal) 558
Alkali, intravenöse Injektion (Blum) 236.
Alkalität der Milch (Kooper) 748.
Alkaloid, tierisches aus sterilisierter Milch (Awerkijew) 74, 236.
Alkohol, Wirkung auf die Stillunfähigkeit (Raitz) 558.
Alkohol und Schule (Flaig) 742 — und Volksschule (Kschischo) 743.
Alkoholprobe der Milch (Auzinger) 74 — (Morres) 80 — (Rammstedt) 750 — und Säuregrad der Milch (Fendler und Borket) 76.
Allergie (v. Pirquet) 427.
Allergie zu gewöhnlichen Nahrungsmitteln (Schloß) 607.
Allergie, vakzinale als diagnostisches Hilfsmittel (Tièche) 741 — bei Röteln (Netter, Philbert und Porak) 765 — bei Scharlach (Netter und Porak) 765 — bei Variola (Tièche) 771.
Alopecie, klinische und experimentelle Beobachtung (Buschke) 563, 246.
Alsterdorf, Hamburger Idioten- und Epileptikeranstalt (Kellner) 230.
Alveolar-Fortsatz, Atrophie (Jorge) 267.
Amaurose bei Hirntumor (Shukowsky und Baron) 847.
Amidobenzaldehydreaktion im Harn bei scharlachartigem Serumexanthem (Umber) 585, 686, 725, 771.
Aminosäure, Übergang von der Mutter auf den Fötus (Aloisio) 739.
Amme (Terre) 242 — methodische Untersuchung (Quemper de Lanascol) 241.
Amme, Leistungsfähigkeit der weiblichen Brustdrüse (Laurentius) 556 — Einfluß akuter Erkrankungen auf die Milchsekretion (Marre) 79.
Amme, Erziehung (Vidal) 242.
Amme, Spätinfektion mit Syphilis (Variot) 260, 585.
Ammenernährung (Cadenaule) 237.
Ammenmilch, konservierte (Peiser) 543.
Ammenwahl und Ammenwechsel (Basch) 417.
Ammoniak, Entstehung bei der Eiweißverdauung (Korniloff) 556.
Ammoniak in der Milch (Marcas und Huyge) 79.
Ammonazetat, Verwertung (Morgen, Beger und Westhausser) 80.
Ammonsulfat, Verhalten der Milch (Salkowski) 750.
Amniotische Verwachsungen (Deutsch) 697.
Amygdalitis, septische Epidemie in Massachusetts (Winslow, Darling, Richardson und Goodale) 34.
Amyotonia congenita (Griffith und Spiller) 250.
Amyotrophie, primäre (Peruzzi) 257.
Amyotrophische Lateralsklerose (Boldt) 245.
Anämie, Eisengehalt der Frauenmilch (Bahrdt und Edelstein) 74 — Behandlung (Tixier) 260 — Einfluß auf Hautsinn (Schmotin) 582.
Anämien im Säuglingsalter (Tixier) 476.
Anämie aus alimentären Ursachen (Czerny) 489.
Anämie, Ätiologie der chlorotischen (Armand-Delille) 492.
Anämie durch Anchylostomun (Sisto) 583.
Anämie, infantile letale (de Lange) 611.

Anämie, infektiöse akute (Ribadeau-Dumas) 492
Anaemia pseudoleucaemica infantum (Tanaka) 771.
Anämie, perniziöse aplastische (Accolas) 560 — perniziöse progressive (di Cristina) 565 — Bluttransfusion bei perniziöser (Bennecke) 182.
Anaemia posthaemorrhagica neonatorum, Eisenbehandlung (Armand-Delille) 492.
Anämie mit Rachitis und Verdauungsstörungen (Ashby) 244, 561.
Anämie bei Malaria (Valagussa) 488.
Anämie mit Splenomegalie (Guthrie) 251.
Anaemia splenomegalica durch Fragilität der Blutkörperchen (Armand-Delille) 491.
Anaemia splenica (Ashby) 244, 561 — (Mauro) 255 — (Sabrazès und Dubourg) 582 — Pathogenese und Ätiologie (Adamo) 752 — Knochenmarkgewebsentwicklung im Nierenhilusgewebe (Tanaka) 612 — Behandlung mit Röntgenstrahlen (Raffaelli) 767.
Anaphylaktische Diathese, Arthritis (Galup) 759.
Anaphylatoxine (Wahl) 550.
Anaphylaxie (Armand-Delille) 739 — (Pisek und Pease) 257, 549 — (Wells) 84 — und Kinderheilkunde (Pisek und Pease) 232.
Anaphylaxie, alimentäre (Laroche, Richet fils und Saint-Girons) 239.
Anaphylaxie gegen Milch (Bauer) 739 — (Cruveilhier) 76 — **(Kleinschmidt) 644** — (Laroche, Richet und Girons) 79 — Untersuchungen zur Biologie der Milch (Heuner) 78 — Nachweis des Kaseins im Säuglingsstuhl (Uffenheimer und Takeno) 84.
Anaphylaxie, Schutzwirkung wiederholter Kochsalzgaben (Langer) 832 — (Friedberger und Langer) 822.
Anaphylaxie und innere Sekretion (Hoffmann) 279 — (Nadoleczny) 279.
Anaphylaxie, Beziehungen zwischen Mutter und Kind während der Schwangerschaft (Gräfenberg) 740.
Anaphylaxie bei Autoserotherapie des Aszites (Achard und Touraine) 739.
Anaphylaxie und Diphtherieheilserum (Roddy) 258 — und Serumkrankheit (Lafforgue) 740 — Anaphylaxie und Serumtod (Dreifuß) 34.
Anaphylaxie bei Tuberkulose (Rozenblat) 850 — und Tuberkulin (Berdichewsky) 562.
Anaphylaxie und Eosinophilie (Schlacht) 304.
Anaphylaxie, Reaktion der Lunge (Ströbel) 822.
Anaphylaxie und Eklampsie (Felländer) 76.
Anaphylaxie, Shock (Achard und Flandin) 739.
Anasarka beim Säugling (Nobécourt und Paisseau) 269 — bei Gastroenteritis 752 — ohne Albuminurie bei hereditärer Syphilis (Déléarde und Repellin) 366, 621.
Anästhesie (Hübener) 293 — (Pinneo) 593 — bei Adenotomie (Lautmann 279 — ungiftige der Schleimhaut (Ephraim) 282 — durch hypnotische Suggestion (Gulliver) 266.
Anchylostomiasis, tödliche Darmblutung (Gaing) 759.
Anchylostomum, Anämie (Sisto) 583.
Anenzephalus (Matthey) 592.
Aneurysma der Aorta (Hallé und Schreiber) 266 — der Koronararterie (Salusbury Trevor) 594.
Angina, protahierte Fieberzustände (Batwia) 855 — Psychosen (Lagane) 762.
Angina mit Leberschwellung (Bortz) 33.
Angina, rezidivierende (Viollet) 260, 585.
Angina, septische Epidemie in Massachusetts (Winslow, Darling, Richardson und Goodale) 34. — Epidemie infolge infizierter Milch (Winslow) 586 — Epidemie durch Milch (Miller und Capps) 765.
Angina, diphtherische (Cerf) 564 — maligne, diphtherische (Segard) 272, 582 — diphtherische maligne (Verdoux) 772 — maligne diphtherische und Gangrän (Avlragnet, Blechmann und Huber) 313, 371 — diphtheri-

sche; Serumbehandlung (Ducamp) 566.
Angina bei Scharlach (Gonget) 632 — und Scharlach, Vakzination (Wladimiroff) 353.
Angina, pseudomembranöse durch Pneumokokken (Reh) 671.
Angina Ludovici (Atzrott) 752 — (Fouquet) 590.
Angina, Plaut-Vincentsche Anginaerreger (Blühdorn) 33.
Angina Vincenti (Place) 580 — (Rolleston) 781 — Zerstörung der Uvula bei Vincentscher (Rollestone) 462.
Angiom des Scrotums (Tuffier) 783 — angeborenes des Schädels (Payet und Plauchu) 270 — kavernöses der Unterlippe (Rocher) 594.
Angiomatose, generalisierte (Gernsheim) 204.
Angiomatosis der Haut, Leber und Milz (Ernst) 776.
Anilinintoxikation (van der Heide) 845 — (de Leeuw) 845.
Ankylose des Kniegelenkes (Morigny) 592.
Anomalie, psychische (Charon und Courbon) 246.
Anorexie (Stirnimann) 584, 770, 846.
Anorexie, mentale (Buffet-Delmas) 370, 754 — (Cordier) 755.
Anorexie, nervöse 587 — (Buffet-Delmas) 638 — (Carr) 246.
Anstaltsbehandlung der Säuglinge **(Schlossmann) 545.**
Anstrengung, Albuminurie (Jundell und Fries) 366.
Antianaphylaxie (Besredka) 75 — Spezifität (Calvary) 345.
Antiforminmethode, Tuberkulosenachweis im Gewebe (Horst und Lessing) 348.
Antikörper der Hornhaut (Zade) 654.
Antikörper bei Echinokokken (Thomsen und Magnussen) 690.
Antikörper, Vererbung (af Heurlin) 740 — Übertragung von Mutter auf Kind (Wegelins) 84, 654 — intrauteriner Übergang, (Kretschmann) 740.
Antimeningitisserum, Flexnersches (Wells) 586.
Antipyrin bei Keuchhusten (Rosenfeld) 346.
Antistreptokokkenserum (Theroude) 584.
Antistreptokokkenserum bei Erysipel (di Cristina) 264.
Antistreptokokkenserum bei Pyämie (Bryan) 314.
Antistreptokokkenserum bei Scharlach (Fritschi) 568 — bei Scharlachsepsis (Nicoll) 256, 578 — Mosersches bei Scharlach (Szekeres) 685 — Behandlung der Otitis media bei Scharlach (Kruk-Rapoport) 573.
Antistreptokokkenserum bei Streptokokkeninfektion (Weaver und Tunnicliff) 586.
Antistreptokokkenvakzine, Gabritschewskysche (Sisemsky) 683.
Antitoxin, Haltbarkeit des heterologen (Römer) 602.
Antitussin bei Keuchhusten (Fischl) 346.
Antromastoiditis, chronische (Botey) 262.
Anus, Atresie (Piéri) 781 — (Sheffield) 272.
Anus, angeborener Verschluß mit Dickdarmokklusion (Hamilton) 266.
Anus, Imperforation (Souligoux) 782.
Anus, Ektopie (de Pena) 270 — kongenitale Ektopie und Atresie (Douriez) 775.
Anus, Mißbildung (Bodkin) 262 — kongenitale Mißbildungen (Mauclaire) 268, 592.
Aorta, Insuffizienz (Meslay) 764 — Atresia ostii aortae congenita (Pietzsch) 593, 781 — angeborene Stenose (Riviere) 271 — angeborene Stenose und Atresie (Ganeff) 590 — Aneurysma (Hallé und Schreiber) 266 — Atherom (Nordmann und Maurin) 269.
Aortitis, Pathogenese und pathologische Anatomie (Lévy-Franckel) 763 — bei kongenitaler Syphilis (Biermann) 42 — (Rebaudi) 529, 580, 768.
Aphasie (Decanosoff) 565 — (Lévêque) 254 — (Williams) 261.
Aphasie, kongenitale (Burr) 563, 755 — (Mc Call) 246 — (Tait) 259.
Aphasie, toxinfektiöse (Lévêque) 575.
Aphasie, motorische nach Scharlach (Fröschels) 195.

Aphthen (Gaujoux) 568 — (Pallou) 598 — (de Quissac-Naudin) 580.
Aphthöse Munderkrankungen (Gaujoux) 759
Aphthöses Fieber (Detante) 756 — Behandlung mit Elektrargol (Stodel) 770.
Aplasie des Sehnervens (Meißner) 2.
Appendix, Lage beim Fötus und bei Kindern (Liertz) 548 — als Inhalt einer Inguinalhernie (Burty) 263 — Läsionen durch Oxyuren und Trichocephalus trichiura (Cecil und Bulkley) 326.
Appendizitis (Fowler) 670 — (Kerr) 591 — (Marvel) 592, 779 — (Sheffield) 594 — (Zoege) 596.
Appendizitis, Ätiologie (Poyntau und Paine) 670 — Pathogenese (Miloslavich) 189.
Appendizitis, Behandlung (Campbell) 588 — (Rees) 270 — Indikation zur Operation (Kirmisson) 267.
Appendizitis, zyklisches Erbrechen (Terrien) 272 — bullöse Eruption (Sequeira) 594 — Perforation (Fischer) 63 — Bruchsack (Monti) 701 — bei Oxyuren (Rheindorf) 325.
Appendizitis, akute (Collinson) 264, 775 — (Gillespie) 776.
Appendizitis, chronische (Broca) 263 — chronische oder tuberkulöse (Brunon) 588, 774.
Appendizitis, gangränöse (Bonneau) 262 — gangränöse und extremes Ödem des Zökums, (Dandurant) 264.
Appendicitis verminosa (Sénéchal und Engel) 272.
Appoigny, Consultation de nourrissons (Mocquot) 275.
Aprosexie in Beziehung zu adenoiden Vegetationen (Weber) 261.
Arbeitnehmer und Lohnbeschlagnahme (Grasemann) 710.
Area bei der kutanen Tuberkulinimpfung (Preusse) 442.
Arsenik, Verordnung beim Kind (Brelet) 231 — bei lymphatischen und nervösen Kindern (Christin) 247 — bei Chlorose (Zwetkoff) 587.
Arsenik, Übergang von Mutter auf Fötus (Petrucci) 232.
Arsenik, Nachweis in der Milch bei intravenöser Salvarsaninjektion (Chambrelent und Chevrier) 75, 746.
Arterien, Rigidität (Rittenhouse) 667.
Arteriitis obliterans peripherica bei kongenitaler Syphilis (Biermann) 42.
Artfremdes Eiweiß, Nachweis von intravenös eingeführtem (Hintze) 571.
Arthrigon, Gonokokken-Vakzin (Schulz) 43 — Behandlung der gonorrhoischen Vulvovaginitis (Rygier) 43.
Arthritis eine anaphylaktische Diathese (Galup) 759.
Arthritis, eitrige (Burfield und Cleveland) 563.
Arthritis deformans (Künne) 58 — (Young) 596, 784.
Arthritis durch Pneumokokken (Wöhler) 596.
Arthritis rheumatoide (Jordan) 591.
Arthritis chronica progressiva (Nobel) 196.
Arthritische Konstitution (Duckworth) 566.
Arthrodese, subkutane (Peltesohn) 324 — (Gaugele) 325 — des Fußes (Lorthioir) 779.
Artikulation, zentrale Störungen (Zahn) 261.
Arythmie bei gesunden Kindern (Friberger) 620.
Arzneimittel, Übergang in die Milch (Koldewyn) 79 — und Genußmittel (Schmiedeberg) 863.
Asche, Analyse (Stolte) 83.
Aseptische Milch, Keimgehalt (Seibold) 83.
Askariden, Toxizität (Guerrini) 251, 570 — Chemie und Toxikologie (Flury) 249, 758 — Behandlung mit Cineol (Brüning) 563.
Asphyxie, Mittel zur Wiederbelebung (Plauchu) 176 — Mittel zur Wiederbelebung (Hirsch) 176 — bei Reposition eines Nabelbruches (Israel) 591.
Asphyxie und Thymus (Scharenberger) 582.
Asparagin, Verwertung (Morgen, Beger, Westhausser) 80.
Asphyktische und schwere Geburt in Beziehung zu psychischen und nervösen Störungen (Hannes) 818.
Assoziationsversuch (Goett) 59 458.

Astasie, hysterische (Nizzoli) 765.
Astasie-Abasie (Deschamps) 756.
Asthenie (Mathes) 764 — primäre (Couchoud) 565.
Ästhetisches und außerästhetisches Urteilen des Kindes (Müller) 549.
Asthma (Girard-Mangin) 759 — bei Kindern (Knopf) 65, 665.
Asthma, Behandlung (Mc Clanahan) 616, 755 — Behandlung (Gibson) 250.
Asthma, toxische Pathogenese (Eustis) 757.
Asthma bronchiale (Heizer) 570.
Asthma nasales (Großmann) 280.
Astragalus, Fraktur (Jouon) 591.
Asystolie, progressive (Dylnitz) 566.
Aszites, Anaphylaxie bei Autoserotherapie (Achard und Touraine) 739.
Aszites, chylöser 587.
Äther, Narkose (Masson) 592.
Atherom, Pathogenese und pathologische Anatomie (Lévy-Franckel) 763.
Atherom der Aorta (Nordmann und Maurin) 269.
Athetose (Halipré) 571 — (Reiche) 59.
Athrepsie der Neugeborenen und Frühgeborenen (Bar) 745.
Athyreose beim Neugeborenen (Abels) 788 — frühzeitig erworbene (Wieland) 615.
Atlas typischer Handgriffe für Krankenpflegerinnen (Friedemann) 519.
Atmung siehe auch Respiration.
Atmung, Gymnastik im Seeklima (Bockhorn) 547.
Atmungsübungen in der Schule (Lorentz) 763.
Atresie des Anus (Pieri) 781 — (Sheffield) 272.
Atresie der Choanen (Attal) 262 — (Lang) 779 — (Stütz) 782 — kongenitale der Choanen (Abouka) 281.
Atresia ostii aortae congenita (Pietzsch) 593, 781 — kongenitale des Conus arteriosus dexter (Sudhoff) 595.
Atresie des Ösophagus (Gutmann) 777 — (Konopacki) 778 — (Obländer) 780 — (Pollak) 702 — kongenitale des Ösophagus (Lotz) 592 — kongenitale des Ösophagus (Shukowsky und Baron) 640.
Atresie, kongenitale des Darmes (Sella) 640, 782 — kongenitale des Dünndarms (Hoffmann) 777 — des Duodenums (Hauser) 266, 777 — (Becker) 588 — (Roe und Shaw) 271, 594.
Atresia ani et intestini recti (Sheffield) 272.
Atresie der Gallengänge (Frensdorf) 590, 776.
Atresie, kongenitale der weiblichen Genitalien (Sella) 640. — der Urethra (Savariaud) 271.
Atrioventrikularbündel, Veränderungen bei Diphtherie (Tanaka) 771.
Atrophie beim Säugling (Czerny) 305, 746.
Atrophie, Schädel (Lesage) 516.
Atrophie, Vakuolisationsvorgang der Muskelfasern des Herzens (Variot und Cailliau) 772.
Atrophie, Stoffwechsel (Fife und Veeder) 554 — Verhalten des Pankreas (de Villa) 243.
Atrophie, Behandlung mit überhitzter und homogenisierter Milch (Devimeux) 237, 747.
Atrophie, Einfluß auf Entwicklung von Infektionskrankheiten (Carianopol) 746.
Atropin, Intoxikationserscheinungen (Elsner) 567 — Behandlung der Phosphaturie (Umber) 216.
Aufsicht, städtische und Kinderhygiene (Baker) 596.
Auge, Sammelreferat (Gallus) 1.
Auge, Anatomie der glatten Muskeln der menschlichen Augenhöhle (Krauß) 740.
Auge, Prophylaxe (van Lint) 235 — prophylaktische Einträuflung bei Neugeborenen (Frommholz) 249.
Auge, Impfschädigungen (Hendel) 570.
Auge, Ätiologie der chronischen Krankheiten (Wolff) 3.
Auge, Erkrankungen nach Parotitis epidemica (Grumbach) 570 — Komplikationen bei Parotitis epidemica (Tronyo) 260.
Auge, Erkrankung bei Myxödem (Hennicke) 2, 251.
Auge, Störungen bei Tetanie (Oliari) 578.
Auge, Gangrän (Genet und Palasse) 249.
Auge bei hereditärer Syphilis (Stieren) 259 — syphilitische Er-

krankungen (Becker) (Brückner) 1.
Auge, Tuberkulose in der Ätiologie der intraokularen Hämorrhagien (Axenfeld) 434 — solitäre Tuberkulose des hinteren Augenabschnittes (Natanson) 436.
Auge, Beziehungen von Skrofulose, Lymphatismus und exsudativer Diathese zu den phlyktänulären Erkrankungen (Igersheimer) 435 — phlyktänuläre Erkrankungen (Schütz und Videky) 436 — Verhältnis phlyktänulärer Entzündungen zur Tuberkulose (Rosenhauch) 442.
Auge, Verletzungen (Guischard) 570.
Auge, Störungen bei Schulkindern (Truc) 236 — Augenschutz für Schulkinder (Allport) 550 — vergleichende Untersuchungen an höheren Schulen der Provinz Brandenburg (Krusius) 743 — Hygiene in den Schulen von Nancy (Texier) 552 — (Vernier) 552 — Untersuchung der Schulkinder in Paris (Caillaud) 233 — Überanstrengung bei Schulkindern (Bates) 550.
Auge, Verhütung kontagiöser Erkrankungen im belgischen Sanitätsgesetzentwurf (Nuel) 738.
Auge, Veränderungen bei Turmschädel (Jaenicke) 643, 761.
Auge, Entwicklungsgeschichte u. Mißbildungslehre (Seefelder) 3 — Vererbungsmöglichkeit erworbener Defekte (Tobias) 3 — kongenitale Defektbildungen (v. Szily) 3, 782.
Auge und Brille (v. Rohr) 648.
Augenbewegung und Augenstellung, Anomalien (Bartels) 1.
Augenlid, spastische Retraktion (Terrien und Hillion) 783.
Augenmuskellähmungen bei Neugeborenen (Bartels) 1.
Auslese und Säuglingssterblichkeit (Kaup) 598.
Aussage von Kindern (van Raalte) 814.
Außerehelich geborene Kinder, Rechtslage (Landsberg) 710.
Australien, staatlicher Kinderschutz (Hardy) 597.
Autoanaphylaxie (Widal, Abramie und Brissaud) 741.
Autointoxikation unter dem Bilde von Miliartuberkulose (de Lange) 611.
Autolyse der Organe des Neugeborenen (Filia) 238
Autolytische Wirkung der Gewebe beim Neugeborenen und Säugling (Filia) 554.
Azetonämie mit periodischem Erbrechen (Hecker) 555.
Azetonkörper, Bestimmung (Waeber) 585.
Azetonurie (Frew) 238, 554 — bei Gastroenteritis (Vergely) 242.
Azidbutyrometrie, Berechnungsgrundlagen (Richter) 81.
Aziditat der Milch (Rammstedt) 750 — (Vincent) 243.
Aziditat des Urins (Lade) 556 — (King) 556, 609 — und Albuminurie (v. Hößlin) 555.
Azidose, Kreatinausscheidung und zyklisches Erbrechen (Mellanby) 557.
Azidose, Einfluß verschiedener Nährmittel- und Kohlehydratentziehung (Hartelust) 216.
Azidose, diabetische (Dirks) 566.
Azodolen zur Behandlung der Ekzeme (Bantlin) 665, 723.

Bakterien, Gehalt der Säuglingsfäzes (Kramstyck) 79 — in der Milch, Vermehrung durch mechanische Einwirkung (Gutzeit) 77.
Bakterin, Behandlung septischer Rhinitis bei Scharlach (Kolmer und Weston) 573.
Bakteriologie, Sammelreferat (Messerschmidt) 335, 725.
Bakteriozidine in Frauen- und Kuhmilch (Kleinschmidt) 78.
Bakteriumcoli, Einwirkung auf Kohlehydrate (Schmidt) 82 — als Eitererreger (Hess) 602.
Bakteriurie, Kasuistik (Struck) 595.
Bantische Krankheit (Khalatoff) 573 — Röntgenbilder (von Mettenheimer) 68.
Bantische Krankheit und Leberzirrhose (Vogel) 585.
Bantische Krankheit, Exstirpation der Milz (Grosser) 512.
Barlowsche Krankheit, siehe auch Skorbut.
Barlowsche Krankheit (D'Astros) 745 — (Bendix) 53 — (Bouquet) 236, (Brachi und Carr) 236, 746 — (Broca) 237, 746 —

(Chatanay) 746 — (Northrup) 749 — (Variot) 242 — (Weston) 560.
Barlowsche Krankheit, Symptomatologie und Ätiologie (Bendix) 552, 661 — Röntgenbilder (von Mettenheimer) 68.
Barlowsche Krankheit, Stoffwechsel (Lust und Klocman) 462.
Barlowsche Krankheit, Pathogenese (Lust) 204 — experimentelle Studien (Frölich) 554 — experimentelle Erzeugung (Hart) 555, 748.
Barlowsche Krankheit, Differentialdiagnose (Webster) 261.
Barlowsche Krankheit, Augenerscheinungen (Steindorff) 3.
Barlowsche Krankheit, Hämatologie und Knochenveränderungen (Nobécourt) 491.
Barlowsche Krankheit und spasmophile Diathese (Kirchberg) 556.
Barlowsche Krankheit, Beziehungen zur homogenisierten und sterilisierten Milch (Jagotè-Lacoussiere) 556 — durch sterilisierte Milch (Jordan) 556.
Barmen, Fürsorge (Hoffa) 275.
Bauchblasengenitalspalte, Ätiologie (Segal) 782.
Bayern, Aufzuchtsmenge in den bayerischen Bezirksämtern (Grassl) 597.
Bazillämie und Thyphobazillose (Hutinel) 252.
Bazillensporen, widerstandsfähige (Lettnow) 840.
Bazillenträger, Entkeimung durch aktive Immunisierung (Petruschky) 840.
Bazillus lactis aerogenes, als Erreger akuter kontagiöser Mastitis bei der Kuh (Gilruth) 77.
Bazillus bulgaricus (Rosenthal) 558. — Darmimplantation (Clark) 610.
Beaux bébés (Bruch) 739.
Becken, Veränderungen nach Kinderlähmung (Gaujoux) 568.
Becken, Abszeß, appendikulären Ursprungs (Routier) 594. — Osteomyelitis (Tillay) 272 — Trauma (Doudon) 589 — Deformität (Fraenkel) 643 — Sarkome (Alexander) 642, 774.
Bedingungsreflexe, natürliche und künstliche (Moro) 63.
Begabung, eigenartige eines Dreijährigen (Hahn) 808.
Belgien, Tuberkulosebekämpfung (Granjux) 250 — Bekämpfung der Tuberkulose (Lefèvre) 449.
Belgien, Fürsorge (Philips) 6, 785.
Belgien, Säuglingsschutz und Kindersterklichkeit (Lust) 598 — Säuglingssterblichkeit (Casse) 274 — Gesetz über Kinderschutz (Casse) 274.
Belladonna, Vergiftung (Coughlin) 247.
Berc sur mer, Sanatorium für Kinder (Schmidt) 455.
Bericht über den I. Kongreß der „Association internationale de pédiatrie" (Keller) 476.
Bericht, Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde (Keller) 377.
Bericht des Vereines für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin (Meyer) 52, 533.
Bericht über die 17. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte in Frankfurt am Main 62.
Bericht der Vereinigungen niederrheinisch-westfälischer und südwestdeutscher Kinderärzte, Wiesbaden (Aronade) 201.
Bericht der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien (Schick) 194, 696.
Bericht der XII. Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Schulgesundheitspflege 745.
Berufsvormundschaft 709.
Berufsvormundschaft, Ziele und Aufgaben (Klumker) 709 — erzieherische Aufgaben (Petersen) 710.
Berufsvormundschaft, Archiv Deutscher Berufsvormünder (Tomforde) 710.
Berufsvormundschaft auf dem Lande (Mezl) 709 — in mittelgroßen Städten (Milcinski) 710.
Berufsvormundschaft, Bedeutung für die Vereinsarbeit (Klumker) 710.
Berufsvormundschaft, gesetzliche (Schmidt) 646.
Berufsvormundschaft für uneheliche Kinder (Taube) 709.
Berufsvormundschaft und volljährige geistige Minderwertige (Grasemann und Weygandt) 710.

Berufsvormundschaft in Österreich (Müller) 709 — in Mähr.-Ostrau (Nawratil) 709.
Berufsvormundschaft in Ungarn (Melly) 709, 710 — (von Schopf) 710.
Berufsvormundschaft, Tragung der Kosten (Rößler) 710 — Ersuchen an die Gerichte (Krug) 710.
Bett, kühles für Säuglinge (Hess) 598.
Bett für Stoffwechselversuche (Hoobler) 611 — (Howland und Cooke) 22.
Bettisolierung bei Infektionskrankheiten (Rundle und Burton) 769.
Bewegungsapparat, Störungen (Sarfels) 691.
Bewußtsein, Störungen (Le Grand Kerr) 250.
Binetsche Probe (Descoeudres) 248.
Biuretreaktion der Fäzes (Triboulet) 242.
Blase, kongenitale Dilatation (Weiser) 783.
Blase, Ektopie (Cunéo, Heitz-Boyer und Hovelacque) 775 — (Froelich) 265, 758 — (Laméris) 779 — (Robineau) 271 — Behandlung der Ektopie (Augier) 262.
Blase, Exstrophie (Marion) 779.
Blase, Polyp (Koll) 267.
Blase, multiple Tumoren (Stadler) 642.
Blase, Steine (Codet-Boisse) 264 — (Faujas) 776 — (Smith) 272.
Blase, Beteiligung der Ureteren an akuten Blasenentzündungen (Shichitaro) 583.
Blastomykose (Conor und Bruch) 565.
Blei, Übergang von Mutter auf Fötus (Petrucci) 232.
Blei, Vergiftung (Oliver) 256.
Blennorrhöe der Neugeborenen (Terson) 259.
Blenorrhoea neonatorum (Greven) 759.
Blickfelderweiterung, angeborene und erworbene (Bielsdrowsky) 1.
Blindheit (Bednarski) 245.
Blindheit, angeborene (Caspar) 568.
Blindheit, Verhütung und Unterricht des blinden Kindes (de Schweinitz) 551.
Blindheit, Gesundheitsverhältnis der Jugendblinden (Silberstern) 793.
Blindheit, bei ägyptischen Kindern (Peretz) 256, 766.
Blut, Vorlesungen über klinische Hämatologie (Türk) 421.
Blut, Untersuchungen im frühen Kindesalter (Manning) 549.
Blut, Leichenblut des Fötus und Neugeborenen (Dabrazès, Lande und Muratel) 549.
Blut, spezifische Blutplättchen (Eminet) 151.
Blut, Hämolyse durch Salze (Chassin) 553.
Blut, osmotischer Druck und Ionenlehre (Hamburger) 422.
Blut, Viskosität (Schukowa-Florensowa) 549 — (Weill und Gardère) 741.
Blut, Gerinnung (Parouty) 549 — und Hämophilie (Vogel) 585.
Blut, Lipoidgehalt bei Frauen und neugeborenen Kindern (Herrmann und Neumann) 740.
Blut, Fettspaltung (Samelson) 610.
Blut, antiseptische Wirkung des Blutserums (Stévenin) 550.
Blut, Adrenalingehalt (Seidenberger) 549.
Blut, Einfluß der Thymus auf die Blutbildung (Seiler) 550, 615.
Blut, Methode der Zuckerbestimmung (Nothmann) 240.
Blut, Einwirkung eines kieselsäurehaltigen Mineralwassers (Schwarz) 603.
Blut, systolischer Druck (Findlay) 231.
Blut, Primärerkrankungen der hämatopoetischen Organe (v. Müllern und Großmann) 28.
Blut, Untersuchungen im Kindesalter (Ludlum) 549.
Blut, Reaktion des Blutserums bei alimentären Intoxikationen des Säuglings (Salge) 214 — spezifisches Gewicht bei infantiler Diarrhöe (Rogers) 241.
Blut, Untersuchungen bei Barlowscher Krankheit (Nobécourt) 491.
Blut, bakteriologischer Befund bei Diphtherie (Leede) 344 — Nachweis des Diphtheriegiftes (Aaser) 344.
Blut bei Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion (Borchard) 754.

Blut, Toxizität des Epileptikerblutes (Meyer) 800.
Blut, subkutane Einspritzung von Menschenblut bei Hämophilie der Neugeborenen (Myers) 178— Bluttransfusion bei Hämorrhagie des Neugeborenen (Lespinasse und Fisher) 239.
Blut bei Helminthiasis (Mazzuoli) 183, 255.
Blut, ikterische Zellen bei Icterus gravis neonatorum (Neukirch) 578, 749.
Blut, Veränderung bei Leishmaniose (Abate) 243.
Blut, Leukozytenformel bei Masern (Barannikow) 224 — Infektiosität bei Masern (Anderson und Goldberger) 244.
Blut bei Meningitis cerebrospinalis epidemica (Rusca) 351.
Blut, mydriatisch wirkende Substanzen bei Nephritis (Wirz) 586.
Blut bei Pertussis (Ashby) 346, (Kolmer) 346 — (Migay) 577.
Blut, eosynophile Leukozyten bei kruppöser Pneumonie (Arneth) 407.
Blut bei Poliomyelitis (Draper und Peabody) 566, 756.
Blut bei Rachitis (Aschenheim) 244 — (Ostrowsky) 219, 578, 766, 856 — Beziehung der Rachitis zu den hämatopoetischen Organen (Aschenheim) 561.
Blut, Leukozytenuntersuchung bei Rubeola (Anglada) 244.
Blut, bakteriologische Untersuchungen bei Scharlach (Klimenko) 761 — Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach (Ahmed) 312 — (Cantacuzène) 246 — (Doehle) 248, 353, 412 — (Georgescu) 249 — (Höfer) 35, 353 — (Kolmer) 685 — (Kretschmer) 311 — (Nicoll) 632 — (Nicoll und Williams) 632, 765 — (Preisich) 312 — (Schwenke) 380.
Blut Infektiosität bei Syphilis (Frühwald) 176 — und blutbildende Organe bei hereditärer Syphilis (Sevestre) 770.
Blut, Leukozytenformel bei Tuberkulose (Fulpius) 568 — Tuberkelbazillen (Kennerknecht) 761 — Tbc-bazillen im strömenden Blut (Kurashige, Teje, Mayeyama und Yamada) 761 — (Rumpf) 828.
Blut. Untersuchungen bei Typhus (Bennecke) 562 — weiße Blutkörperchen bei Typhusbazillenträgern (Leydheecker) 337.
Blutdruck beim Kind (Lemaire und Kössler) 740 — im Kindesalter (Wolfensohn-Kriß) 550 — und Puls beim Kinde (Muggia) 232 — beim Neugeborenen im Wachen und im Schlaf (Balard) 739 — systolischer und diastolischer (Hoobler) 653.
Blutdruck bei Diphtherie (Rolleston) 344, 581 — bei Nephritis (Gordon) 569 — bei Pneumonie (Howland und Hoobler) 617.
Blutplättchen bei Wöchnerinnen und Neugeborenen (Morse) 741.
Blutserum, Beziehungen zwischen Milch, Kolostrum und Blutserum des Rindes (Graetz) 77.
Bluttransfusion bei hämorrhagischer Diathese der Neugeborenen (Vincent) 751, 772 — bei Hämophilie (Vincent) 613.
Bluttransfusion bei perniziöser Anämie (Bennecke) 182.
Bluttransfusion bei parathyroipriver Tetanie (Jacobson) 572.
Blutung siehe Hämorrhagie.
Blutung, meningeale (Montet 255 — subdurale (Haguet) 266— intrakranielle infolge Tentoriumzerreißung (Benthin) 774.
Blutung, gastrointestinale (Dingwall) 553 — beim Neugeborenen (Humphrery) 239.
Bordeaux, Totgeburten (Chambrelent) 274 — orthopädische Klinik (Gourdon) 265.
Bordet-Gengoucher Bazillus (Inaba) 373 — in der Ätiologie des Keuchhustens (Finizio) 346.
Bordet-Gengousche Reaktion bei Pertussis (Delcourt) 346, 756, 836 — bei Scharlach (Barannikow) 224, 244, 353 — bei Tuberkulose (Rosencrantz) 769.
Bordet-Gengousches Serum bei Pertussis (Duthoit) 835.
Boxstation der Wiener Kinderklinik (v. Pirquet) 398.
Boy Scouts in England (Lion) 598.
Brachydaktylie (Mosenthal) 780 — doppelseitige metakarpale (Melchior) 780.

Bradykardie nach Diphtherie (Hecht und Sperk) 194 — paroxystische bei Epilepsie (Chartier) 800.
Bradypnoe bei Tracheo-Bronchialdrüsenerkrankung (Aubertin) 244.
Brightonsche Zwillinge (Rooth) 271.
Brille, Bestimmung beim Kind (Colescéano) 250 — und Auge (v. Rohr) 648.
Brom, Darreichung bei salzarmer Kost (Maier) 693.
Brom, Verhalten anorganischer und organischer Präparate im Tierkörper (Magnus-Alsleben) 818.
Brom, Exanthem (Comby) 623, 666 — (Daumas) 247, 565 — (Meachon) 764.
Brom, papulotuberkulöses Exanthem (Hallé und Dorlencourt) 183, 623.
Bromide, papulotuberkulöse 587 — (Comby) 723.
Bromnatrium und Spasmophilie (Garzia) 568.
Bromotussin, Behandlung des Keuchhustens (Hellmann) 251.
Bromural, Unschädlichkeit (Tischler) 584.
Bronchialasthma, toxische Pathogenese (Eustis) 757.
Bronchialdrüsen Topographie (Engel) 404 — Diagnose (Bing) 445.
Bronchialdrüsen, Tuberkulose (Friedjung) 199 — (Lunin) 629 — Diagnose der Tuberkulose (Stoll) 446 — Röntgendiagnostik der Tuberkulose (Keiner) 403.
Bronchialdrüsenerkrankung, bazilläre (Triboulet und Rolland) 260.
Bronchiektasie (Acuna und Navarro) 244 — (Despèries) 566 — (Hutinel) 435 — (Kisselj) 618 — (Lefranc) 253, 574, 762.
Bronchiektasie und Lungenabszeß (Kulbs) 844 — nach Aspiration eines Fremdkörpers (Knöpfelmacher) 697.
Bronchiektasie, künstlicher Pneumothorax (Volhard) 669.
Bronchitis, Menthol-Eukalyptolininjektionen (Berliner) 453.
Bronchitis, chronische (Allan) 434.
Bronchitis plastica (Schneider) 618.
Bronchitis, akute spastische (Goeppert) 618.
Bronchiolitis (Feer) 758.
Bronchopneumonie (Feer) 758 — (Hoyt) 571 — (Hutinel) 252 — (Pironneau) 767.
Bronchopneumonie, Emphysema pleurale mediastinale und subcutaneum (Gielczynski) 669 — und Laryngospasmus (Weill) 773 — Kollargolprobe bei der Tuberkulose (Lenormand) 253 — Elektrargol (Perrier) 579.
Bronchoskopie (Killian) 32 — Fremdkörper in Trachea und Bronchien (Guisez) 623.
Bronchus, fötale Atelektase (Buchmann) 263.
Bronchus, Fremdkörper (Todd) 783 — Entfernung vom Fremdkörpern (Guisez) 188 — Kompression (Triboulet und Rolland) 260.
Bronzefärbung der Haut (Mautner) 697.
Bruit de glou-glou (Variot und Morancé) 602, 670.
Brustdrüse sieve Mamma.
Brustdrüsenhormon der Gravidität (Biedl und Königstein) 75.
Bubonenpest, Agglutination und Komplementbindung (Schastnij) 838.
Bulgarisches Ferment, Wirkung auf die Eiweißkörper (Bertrand) 75. — und Kohlehydrate (Effront) 76.
Buphthalmus (Monson) 780 — haemorrhagicus (Christel) 775.
Butterfett, chemische Zusammensetzung (Hunziker und Spitzer) 78.
Buttermilch (Kooper) 79 — (Modigliani) 240, 557 — bei Diarrhöe **(Stolte) 49, (Schaps) 169.**

C siehe auch K und Z.

Calotsche Methode (Cordier) 264.
Carcinom im Kindesalter (Gayraud) 265, 590 — Behandlung und Heilung (Zeller) 849.
Carcinom des Ovariums (Rosanoff) 271 — (Lahey und Haythorn) 268 — ausgehend von der Nebenniere (Frew) 265.
Cephalohydrozele, traumatische frontale (Rocher) 271 —

Pathogenese und Therapie(Smirnoff) 640.
Cephalo-Thoracopagus (Nagamachi) 593.
Cephalozele, chirurgische Behandlung (Francisco) 265.
Cerealien in der Diätetik (Maury) 358.
Cerebellum, Reflexe bei Agenesie des Kleinhirns (Anton) 791.
Cerebellum, Abszeß (Fiore) 49 — (Savariaud und Dutheillet de Lamothe) 594.
Cerebellum, Tuberkel (de Vaugirand) 847.
Cerebellum, Tumor (Fiore) 46 — (Velebil) 188, 595.
Cerebrale Gefäßkrise (Kirsch) 701.
Cerebrospinalflüssigkeit, Reduktionsindex (Lateiner) 854 — chemische Analyse (Mestrezat) 549 — Übergang medikamentöser Substanzen (Lovati) 16.
Cerebrospinalflüssigkeit, Harnstoffgehalt (Nobécourt, Sevestre und Bidot) 609 — Harnstoffgehalt bei Nephritis (Nobécourt und Darré) 578, 766.
Cerebrospinalflüssigkeit bei Infektionskrankheiten (Schottmüller) 672 — bakteriologische Untersuchungen bei Diphtherie (Leede) 253 — Befund von Pneumokokken (Lesieur) 575 — bei Poliomyelitis (Draper und Peabody) 521, 566, 756 — bei Poliomyelitis (Forbes) 249.
Cerebrospinalflüssigkeit, Kolibazillen bei Meningitis (Pearsons) 766.
Cerebrospinalflüssigkeit, zytologische Untersuchungen bei Meningitis tuberculosa (Maillet und Gueit) 254.
Cervikaldrüsen, Erkrankung (White) 273 — Diagnose und Behandlung der Erkrankungen (Cabanis) 588.
Cervikaldrüsen, Röntgenbehandlung der Tuberkulose (Leonard) 454.
Cervikale angeborene Fistel (Putzu) 270.
Charakterfehler, krankhafte bei Kindern (Schubart) 808.
Chicago, Säuglingszelte (Allin) 274 — Milchversorgung (Whitaker) 276.
Chinin, Wirkung bei Malaria (Gagnoni) 568.
Chirurgie (Barrett) 262 — (Buxton) 263 — des Kindesalters (Filippoff) 227.
Chlor, Gesamtgehalt des Fötus (Rosemann) 304, 750.
Chlor, Stoffwechsel (Bittorf) 735 — Stoffwechsel beim Neugeborenen (Mensi) 557, 749.
Chlorkalzium bei Rhinorrhöe (Lake) 279 — bei Serumkrankheit (Gouralska) 569.
Chlorkalziumserum, Refraktometrie (Alpers) 745. — der Milch, Refraktometrie (Mai und Rothenfusser) 791.
Chloroform, Unempfindlichkeit junger Hündchen gegen Chloroformvergiftung (Whipple) 301.
Chloroformnarkose und Schwangerschaft (Whipple) 301 — und Nebennieren (Delbet, Herrenschmidt und Beaunay) 589.
Chloroform (Feer) 776.
Chlorose, Pathogenese (Bernheim) 842 — Eisen und Arsenik (Zwetkoff) 587.
Chlorotische Anämie, Ätiologie (Armand-Delille) 492.
Choanen, Atresie (Abouka) 281 — (Attal) 262 — (Lang) 779 — (Stütz) 782.
Choanen, Polypen (Caradec) 588.
Cholelithiasis (Chauffard) 775 — (Paulsen) 525, 780.
Cholera asiatica (Doty) 339 — (Zirolia) 339 — Toxine und Antitoxine der Choleravibrionen (Huntemüller) 339 — Hämoglobinnährböden (Friedrich) 339 — bakteriologische Diagnose (Huntemüller) 339 — Epidemie in Molfetta 1910 (Tanda) 339.
Cholera, Komplementbindung (Amako und Kojima) 838.
Choleravibrionen in den Entleerungen von Cholerarekonvaleszenten (Zirolia) 339.
Cholera infantum (Hobbs) 555 — (Löbisch) 557 — (Smith) 559, 750 — (Tanquary) 242 — Ätiologie (Bahr) 736.
Chondrodystrophia adolescentium (Schor) 219, 616.
Chondrodystrophia foetalis (Dencks) 756 — (Romanoff) 581.
Chondrodystrophie, halbseitiger Zwergwuchs (Nathanson) 765, 780 — Zwergwuchs (Siegert) 782.

Chorea (Brize) 563 — (Eastmann) 757 — (Grenet und Loubet) 759 — (Hutinel) 760.
Chorea, Sehnenreflexe (Bregman) 563 — psychische Symptome (Diefendorf) 566.
Chorea, meningokortikalen Ursprungs (Bonnafoux) 563.
Chorea, chronische (Monnier) 577.
Chorea rhythmica hysterica infantum (Popoff) 226.
Chorea, Pathologie (Hulst) 760 — und Infektion (Roux) 693.
Chorea, Behandlung (Martingay) 255 — (Weill) 586, 846 — (Williamson) 261.
Chorea, Salvarsanbehandlung (Hahn) 44 — (van Pee) 846 — (Szametz) 845.
Chorea, intraspinale Injektion von Magnesiasulfat (Rocaz) 581, 768.
Chorea, Diadococinesie (Marfan) 764.
Chorea und Syphilis (Milian) 765.
Chorea und Vitiligo (Mallinckrodt) 724.
Choreiforme Bewegung und tuberkulöse Meningitis (Gonnet) 435.
Chorioidea, Kolobom (Meißner) 2.
Chorioretinitis, hereditär-familiäre (Lutz) 2 — pigmentosa hereditaria -(Pöllot) 3.
Chymosin und Pepsin (van Hasselt) 78 — des Kalbsmagensaftes (Rakoczy) 81.
Chymosinlösungen, pepsinarme oder pepsinfreie (Hammarsten) 77.
Cineol als Antiascaridiacum (Brüning) 563.
Circumcision (Bierhoff) 691 — Ansteckung mit Tuberkulose (Arluck und Winocouroff) 752.
Cirrhose der Leber (Münsterer) 577 — (Wipphle) 243 — auf Grund kongenitaler Lues (Günther) 570 — und Bantische Krankheit (Vogel) 585.
Cirrhose, kardiotuberkulöse (Aguna) 752 — (Mitra) 255.
Cirrhose, Hanotsche mit sekundärem Infantilismus (Pagliano und de Luna) 578, 766.
Clavicula, doppelseitiger kongenitaler Defekt (Ollendoff) 593.
Coecum, extremes Ödem und gangränöse Appendizitis (Dandurant) 264.
Coelosomus (Palanqui) 593.
Collargol, Probe bei der Diagnose der tuberkulösen Bronchopneumonie (Lenormand) 253, 574.
Coma diabeticum (Reck) 580 — (Stopford) 365.
Conjunctiva, Tuberkulose (Fainitzki) 453.
Conjunctivitis beim Neugeborenen (Genet und Palasse) 249.
Conjunctivitis, epidemische (Mc Gowan und Taylor) 569.
Conjunctivitis eczematosa, Ätiologie (Pick) 32, 725.
Conjunctivitis, gonorrhoische mit Otitis media (Dalmer) 756.
Conjunctivitis, krupöse (Amsler) 1.
Conjunctivitis phlyctaenulosa (Bednarski) 855, siehe auch Phlyktänen.
Conjunctivitis purulenta beim Neugeborenen (Terrien) 259, 771.
Consultations de nourrissons (Bonnaire) 784 — (Hosteing) 598 — (Huré) 275 — (Jarricot) 275 — in Yonne (Marois) 275, 785 — (Meignant) 785 — von Appoigny (Mocquot) 275 — (Nobécourt) 785 — in Lille (Delphanque) 597 — in Budapest (Deutsch) 597.
Corpus luteum (Ancel und Bouin) 74 — Wirkung von Extrakten auf die Milchdrüse (Solowjow) 559.
Corpus striatum, Degeneration (Lhermitte) 779.
Couveuse, tragbare (Welde) 243 — elektrische (Potocki) 750.
Coxa valga (Plaziat) 270 — Entstehungsursachen und Erkennung (Franke) 776.
Coxa vara (Barrington-Ward) 376 — (Drehmann) 321 — (Froelich) 776 — (Kirmisson) 267 — doppelseitige (Savariaud) 271 — nach Hüftluxation (Preiser) 270, 323 — oder Schenkelhalsfraktur (Savariaud) 272.
Coxa vara, Ätiologie und Prognose (Peltesohn) 322.
Coxa vara, Behandlung (Ollerenshaw) 269.
Coxa vara, kongenitale (Mouchet und Ségard) 780.
Coxa vara rachitica, Therapie (Röttinger) 594.
Coxitis (Simeray) 595.
Coxitis, eitrige (Zarfl) 700.
Coxitis, hysterische (Broca) 263.

Coxitis, osteomyelitische (Klemm) 690.
Coxitis, tuberkulöse (Classen) 588 — Frühdiagnose und Behandlung (Tomaszewski) 853.
Coxitis, Diagnose und Behandlung (Maire) 268 — konservative Behandlung der tuberkulösen (Alapy) 453 — operative Indikation (Nové-Josserand) 269.
Credeisierung (Hellendall) 570.
Cyanose, angeborene (Gallerand) 265 — kongenitale paroxystische (Variot und Morancé) 260 — und orthostatische Albuminurie (Guédeney) 570.
Cyklopie (Keil) 778 — (Phalippon) 593.
Cyklopie, Anatomie und Pathogenese (Hayaschi) 2.
Cyklopie und Rüsselbildung (Josephy) 591.

Dakryozystitis, chronische (Kaiser) 267 — beim Neugeborenen (Fage) 265 — angeborene doppelseitige (Cassimatis) 263.
Dänemark, Fürsorge (Bojé) 784.
Darm, Durchlässigkeit des Darmepithels (Pechstein) 181 — Verhalten des Epithels (Demjanenko) 553 — bei verschiedenen funktionellen Zuständen (Stickel 303.
Darm, Fäulnis (Distaso) 610.
Darm, Implatation des Bazillus lactis bulgaricus (Clark) 610.
Darm, Antisepsis (Hand) 160, 572.
Darm, Bedeutung der normalen Darmflora (Klotz) 303 — anaërob wachsende Darmbakterien (Passini) 358 — Einfluß des Zuckers auf die Bakterienflora (Hartje) 78, 358 — Einfluß der Nahrung auf die Darmflora (Friedlander und Greenebaum) 738 — Einwirkung von Bacterium coli und von Darmbakterien auf Kohlehydrate (Schmidt) 82.
Darm, Methoden zur Gewinnung von Kulturen aus dem Duodenum (Heß) 748.
Darm, Schicksal der nicht pathogenen Mikroben (Raczynski) 512 — Ausscheidung darmfremder Bakterien (Raubitschek) 840.
Darm, Neurosen (Cattaneo) 45.
Darm, Sensibilität des Magendarmkanals (Hertz) 455.
Darm, Darmträgheit (Mayr) 420.
Darm, Tuberkulose (Péhu) 439 — primäre Tuberkulose (Arbeiter) 171 — tuberkulöse Geschwüre (Amenomiya) 434 — Regeneration des Epithels und der Liebeskühnschen Krypten an tuberkulösen Darmgeschwüren (Amenomiya) 434.
Darm, Eosinophilie bei chirurgischer Darmaffektion (Oehler) 848.
Darm, Invagination (Broc) 263. — (Comby) 228 — (Gozzolino) 589 — (Grisel) 590 — (Guibé) 266, — (Guillaume-Louis) 266, 777 — (Guinon und Franquez) 266, 777 — (Héron und Orrillard) 266 — (Horsley) 778 — (Kakels) 267 — (Katznelsohn) 591 — (King) 591 — (Kirmisson) 267, 591 — (Matheny) 592 — (Matti) 326 — (Triboulet und Savariaud) 327, 783 — (Meignant) 268 — (Ombrédanne) 269 — (Roughton) 271 — (Vincent) 595 — (Young) 596.
Darm, kongenitale Atresie (Sella) 640, 782 — (Hoffmann) 777 — Atresia ani et intestini recti (Sheffield) 272 — Atresia duodeni (Becker) 558 — (Hauser) 266, 777 — (Roe und Shaw) 271, 594 — angeborener Verschluß (Wilcos) 273.
Darm, angeborene Stenose (Zarfl) 696 — kongenitale Stenose des Ileums (van der Bogert) 588.
Darm, mechanische Okklusion (Payan und Moiroud) 593 — paralytische Okklusion beim Neugeborenen (Reynés) 271, 594, 781 — Verschluß (Loubier) 592 — akuter Verschluß (Gillespie) 776 — (Waugh) 327, 783 — Pathologie und Klinik der Okklusion 592 — Ventilverschluß durch Abknickung des Dickdarms (Goeppert) 376 — totaler Dickdarmverschluß und Analverschluß (Hamilton) 266.
Darm, Perforation beim Fötus (Durante) 589.
Darm, Prolaps (Jorge) 778.
Darm, spontane Ruptur (v. Sury) 782.
Darm, Blutung beim Neugeborenen (Dingwall) 553, 747 — (Humphery) 239 — (Ray) 241 — gastrointestinale Hämorrhagie (Semple) 241 — rektale Hämorrhagie (Ries-Finley) 750 — bei Morbillen (Stark) 750.

Darm, Blutungen bei Typhus (Leroux) 254 — (Whitehead) 586 — tödliche Blutung bei Anchylostomiasis (Gaing) 759.
Darm, Ulcus duodeni (Griffith) 265 — (Helmholz) 266 — (Ribadeau-Dumas) 271 — (Weill und Gardère) 273, 783.
Darm, Lymphosarkom des Ileum (Saccone) 594 — Spindelzellensarkom (Brun) 774 — kongenitaler zystischer Tumor des Ileum (Longyear) 268.
Darm, Parasiten (Evans) 265 — (de Faria) 265 — (Railliet) 270, 580 — Wanderungen (Railliet) 270 — und Appendizitis (Broca) 263 — (Sénéchal und Engel) 272 — Perforationen bei Parasiten (Railliet) 270.
Darm, Entwicklungsstörung (Schmidt) 782.
Darm, Mißbildung des unteren Darmabschnittes (Goebels) 590 — kongenitale Mißbildung des Dickdarms (Maucclaire) 592 — — angeborene Dickdarmerweiterung (Rees) 593 — Erweiterung des Dickdarms (Yoshida) 596 — angeborene idiopathische Dilatation des Dickdarms (Critchlow) 264 — doppelter Enddarm (Möller) 592 — Mißbildungen des Anus und des Colon (Mauclaire) 268.
Darm, kongenitaler partieller Defekt (Noguchi) 780.
Daumen, überzähliger (Savariaud und Pont) 272.
Debile, Ernährung mit molkenreduzierter Milch (Müller) 80.
Decanulement, erschwertes (Boesensell) 754 — nach Diphtherie (Martens) 35.
Deformitäten, mechanische (Böhm) 318.
Delirium 773 — (Vinchon) 260, 585 — posttyphöses (Baines) 337 — tremens (Lewis) 254.
Dementia infantilis (Schultheis) 582.
Dementia praecox (Haushalter) 227, 760 — (Hollaender) 251, 571, 808 — Mortalität (Kerner) 808.
Dermatitis, Erythem (Leiner) 516.
Dermatitis exfoliativa (Hazen) 724 — (Oppenheim) 780 — (Sorgente) 583, 725 — (Zarfl) 701.
Dermatitis vegetans (Wende und de Groat) 261.
Dermatologische Literatur, Sammelreferat (Leiner) 713.
Dermatomyositis 773 — (Batten) 753.
Dermoidzyste bei Parotitis (Kirmisson) 267.
Dermoidzysten des Oberlides (Purtscher) 3.
Desodorierung von Exkrementen im Krankenzimmer (Czerny) 17.
Deutschland Fürsorge (D'Oelsnitz) 276 — (Péhu) 785 — Verbreitung der Sommer-Säuglingssterblichkeit **(Rissel) 248.**
Dextrokardie, kongenitale (Barjon und Rendu) 262.
Diabetes insipidus (Stuber) 242 — (Weber) 772 — und Eunuchoidismus (Ebstein) 844.
Diabetes mellitus (Eaton) 248 — (Eaton und Woods) 237, 567 — (Gellhorn) 233, 249 — (Reck) 580.
Diabetes mellitus, Behandlung (Waeber) 585 — Einfluß verschiedener Nährmittel- und Kohlehydratentziehung (Hartelust) 216.
Diabetes mellitus im Anschluß an Pertussis (v. Starck) 666.
Diabetes mellitus, makulöses Exanthem (Koch) 196
Diabetes, Azidose (Dirks) 566 — Kohlehydratkuren (Rosenfeld) 736 — Koma (Stopford) 365.
Diadococinesie bei Chorea (Marfan) 764.
Diagnose (Thursfield) 233.
Diaphragma, Hernie (Speyer) 782 — (Umansky) 783 — (Waelli) 783 — (Keck) 591 — angeborene Hernie (Rawes) 270 angeborene Hernie (Winkler) 596.
Diarrhöe (Filiatrean) 747 — (Triboulet) 242.
Diarrhöe, injektiöse (Bowditch) 552 — (Young) 560.
Diarrhöe, grüne persistierende (Baumel) 236.
Diarrhöe beim Frühgeborenen (Cordier) 237 — beim Säugling (Pironneau) 749 — beim Brustkind (Variot) 153, 751.
Diarrhöe künstlich genährter Kinder (Dennett) 237.
Diarrhöe, Ernährungstherapie (Noir) 240.

Diarrhöe, Korrektur der Nahrung mit Buttermilch **(Stolte) 49 — (Schaps) 169.**
Diarrhöe, Behandlung mit Hordenin (Tomey) 559.
Diarrhöe, Irrigation mit Silbernitrat (Smith) 559.
Diarrhöe, Kalkstoffwechsel (Krone) 743.
Diarrhöe, spezifisches Gewicht des Blutes (Rogers) 241.
Diastase, Wirkung der ultravioletten Strahlen (Agulhon) 73.
Diastole, Physiologie und Pharmakologie (Markwalder) 549.
Diathesen, kindliche (Pfaundler) 364.
Diathese, Hautreaktion (v.Bergmann-Rosoff) 231, 562, 753.
Diathese, Erkrankung des lymphoiden Gewebes (Audrain) 752.
Diathese, anaphylaktische; Arthritis (Galup) 759.
Diathese, arthritische und rheumatische (Duckworth) 566.
Diathese, exsudative und Eosinophilie **(Aschenheim) 269,** 398, 723 — **(Benfey) 421.**
Diathese, exsudative; Tuberkulinreaktion (Eilers) 567 — exsudative und Tuberkulose (Gorter) 435 — Beziehungen zur Skrofulose und Tuberkulose (Rozenblat) 856.
Diathese, exsudative; Beteiligung der Schleimhaut des Urogenitalapparates **(Beck) 468.**
Diathese, exsudative; Beziehungen zu den phlyktänulären Erkrankungen des Auges (Igersheimer) 435.
Diathese, hämorrhagische (Wipphle) 243 — bei Diphtherie (Fischer) 63 — der Neugeborenen; Bluttransfusion (Vincent) 751, 772.
Diathese, spasmophile und Barlowsche Krankheit (Kirchberg) 556.
Diazoreaktion, Technik (Feri) 661 — bei Scharlach und Serumkrankheit (Woody und Kolmer) 167, 587.
Dicephalus tricharchius symbrachius dipus diauchenos (Windelschmidt) 596.
Dickdarm, Ventilverschluß durch Abnickung (Goeppert) 376, siehe Kolon.
Dieppe, Milchversorgung (Cassel) 274.
Digitalin (Nobécourt) 232 — diuretische Wirkung (Nobécourt und Paisseau) 210.
Digitalis, Einfluß auf frisch entstandene Klappenfehler (Gelbart) 568.
Dikopshof (Hansen) 77.
Diphtherie (Arloing) 752 — (Blühdorn) 633, 687 — (Gautier) 568 — (Closier) 775 — (Durham) 566 — (Harper) 251 — (Kotz) 761 — (Morse) 765 — (Schols) 280 — (Thompson und Mc Ausland) 584 — (Williams) 261.
Diphtherie, chronische (Neufeld) 35, 578.
Diphtherie, larvierte (Touranjon) 584 — im jüngeren Kindesalter (Blochmann) 279, 344 — Diagnose der larvierten (Blockmann) 245.
Diphtherie, maligne (Rolleston) 279 — (Casses) 564.
Diphtherie, phlegmonöse (Blumenau) 344.
Diphtherie, spasmogene (Bitot und Moriac) 754 — (Daure) 565 — (Dawe) 247.
Diphtherie, abdominale (Everall) 345.
Diphtherie der Haut (Reinhardt) 257, 345 — (Sowade) 583, 632.
Diphtherie des Mittelohres (Bénesi) 687, 833.
Diphtherie der Nase (de Biehler und Korybut-Daskiewicz) 562, 853 — (Burrows) 246 — (Korybut-Daszkiewicz) 281 — (Roy) 280 — (Szmurlo) 856 — chronische nasale (Miller) 577 — membranöse Rhinitis (Forbes und Newsholme) 310, 567.
Diphtherie des Ösophagus (Rolleston) 581.
Diphtherie, Komplikationen (Lesieur und Colombet) 254.
Diphtherie, Angina (Cerf) 564 — maligne Angina (Segard) 582 — (Verdoux) 772 — embolische Gangrän einer Extremität nach maligner Rachendiphtherie (Aviragnet, Blechmann und Huber) 313, 371, 753.
Diphtherie, postdiphtherisches Erysipel (Mayer) 764.
Diphtherie, Gangrän des Schenkels (Kramer) 253, 573 — einer Extremität während der Rekonvaleszenz (Rausome und Corner) 345.

Diphtherie, hämorrhagische Diathese (Fischer) 63.
Diphtherie, Herz (Bürger) 563 — Herzstörungen (Crookshank) 565 — atrioventrikuläre Automatie bei postdiphtherischer Herzschwäche (Hecht) 620 — Veränderungen der Herzmuskulatur, insbesondere des Atrioventrikularbündels (Tanaka) 771 — Bradykardie durch partiellen Herzblock (Hecht und Sperk) 194 — Herzlähmung und Hemiplegie (Burrows) 563 — isolierte Erregbarkeitsstörung des Ventrikels (Fries) 758 — postdiphtherische Herzstörungen (Hecht) 198.
Diphtherie, Lähmung (Lafforgue) 253, 574 — (Love) 254, 763 — (Porak) 688 — tödliche Spätlähmung (Cassoute) 246, 564.
Diphtherie, Hemiplegie (Jeanneau) 572.
Diphtherie, persistierende Akkomodationslähmung (Orloff) 578, 766 — (Gothier) 345.
Diphtherie, Lähmung der Musculi recti externi (Terrien) 167.
Diphtherie, Paralyse des Pneumogastrikus (Renault und Lévy) 768.
Diphtherie, Serotherapie und postdiphtherische Lähmungen (Calcaterra) 563 — familiäres Auftreten postdiphtherischer Lähmungen (Kayser) 573.
Diphtherie, Lungenembolie (Stewart) 770.
Diphtherie, Pleuropneumonie (Njewjadomski) 578.
Diphtherie, Thrombose (D'Espine und Mallet) 567.
Diphtherie im Verlauf von Morbillen (Lapeyre) 253 — (Martin und Darré) 255 — Rezidiv nach Morbillen (Martin) 576.
Diphtherie und Tuberkulose (Tripier) 260.
Diphtherie beim Säugling (Mori) 279 — bei Neugeborenen und Säuglingen (Morosoff) 279.
Diphtherie, menschliche und animale (Dubousquet-Laborderie) 756 — bei Mensch und Vögeln (Rappin) 767.
Diphtherie, klinische Erfahrungen (Nordmann) 468.
Diphtherie, Diagnose und Behandlung (Anderson) 244 — Diagnose und Behandlung (Levinson) 254 — (Montgomery) 577 — Bakteriodiagnostik, Intubation und Serotherapie (Place) 767 — Nachweis des Diphtheriegiftes im Blut (Aaser) 344.
Diphtherie, bakteriologischer Blutbefund (Leede) 253, 344.
Diphtherie, Blutdruck (Rolleston) 344, 581.
Diphtherie, Bakteriologie (Ashley) 752 — (Kolmer) 761 — bakteriologische Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis (Leede) 762 — Diagnose und Statistik (Knebel) 761.
Diphtherie, Bazillen (Cave) 564 — (Conradi und Troch) 834 — (Kolmer) 761 — Vorkommen in den Lungen (Reye) 831 — Meerschweinchenprobe zur Bestimmung der Virulenz von Diphtheriebazillen (Weston und Kolmer) 344 — kultureller Nachweis der Diphtheriebazillen (Walter) 530 — Lipoide der Diphtheriebazillen (Ménard) 834 — Giftbildung in Kulturen (Gräf) 759.
Diphtherie, Toxin-Intrakutanreaktionen (Schick) 379.
Diphtherie, sofortige Serumreaktion (Rankin und Pryce) 345.
Diphtherie und Nebenniere (Ritchie und Bruce) 258 — Nebennieren in der Pathologie und Therapie (Moltschanoff) 467.
Diphtherie, Rezidiv (Boesenell) 754.
Diphtherie, schleichende Vergiftung (Bingel) 754.
Diphtherie, Prognose (Martin) 576.
Diphtherie, aktive antidiphtherische Immunisierung (Blumenau) 344 — Immunisierung auf gastrischem Wege (Sivori und Costantini) 770 — immunisierende Wirkung von Diphtherietoxin und -antitoxin (Smith und Brown) 344.
Diphtherie, Toxinbildung (Berry und Blackburn) 834 — Toxine und Antitoxine (Barikine) 832 — Bindung von Toxin und Antitoxin (Mentz und Krogh) 345.
Diphtherie, Einfluß der Autolyse auf das Toxin 753.
Diphtherie, Heilserum und Anaphylaxie (Roddy) 258.

Diphtherie, Spezifizität der Anti-anaphylaxie (Calvary) 345.
Diphtherie, Heilwert und Antitoxingehalt des Diphtherieserums (Neufeld und Händel) 344.
Diphtherie, Toxinbehandlung bei verschiedenen Kulturen (Berry und Blackburn) 562.
Diphtherie, aktive und passive Immunität (Dzierzgowski) 851 — experimentelle Intoxikation und Immunität (Abramow) 832.
Diphtherie, Behandlung (Darré) 247 — (Eckert) 546 — (Hoesch) 35 — (Lorcy) 833 — (Meyer) 255, 344.
Diphtherie, Behandlung der malignen Anginen (Ségard) 272.
Diphtherie, Behandlung durch Inhalation von heißer Luft (Rendu) 768 — mit Hitze (Rendu) 580.
Diarrhöe, Behandlung mit Hordeninsulfat (Tomey) 242.
Diphtherie, Instillation von Sublimatlösung in die Nase (Ljaschenko) 633.
Diphtherie, Serumtherapie (Browne) 754 — (Ehrhardt) 757 — (Goodall) 345 — (Kleinschmidt) 761 — (Pulawski) 850 — (Steffen) 583.
Diphtherie, Dosierung von Serum (Dworetzky) 633 — große Antitoxindosen (Fedinsky) 344 — größere Serumdosen (Wickmann) 344.
Diphtherie, Serum per os (Cumberledge) 313.
Diphtherie, intralumbale Seruminjektion bei schleichender Diphtherievergiftung (Bingel) 245.
Diphtherie, intrarektale Seruminjektion (Mouriquand) 577.
Diphtherie, Reinjektion des Diphtherieserums (Pulawski) 851.
Diphtherie, Wirksamkeit des Serums bei Beteiligung des Nervensystems (Kleinschmidt) 206, 467.
Diphtherie, Serumkrankheit (Bokay) 345 — (Schreiber) 345 — (Keith) 252 — eigentümliches Serumexanthem (Roberg) 382 — skarlatiniformes Etythem nach Seruminjektion (Robert) 258.
Diphtherie, Beobachtung der Körpertemperaturen bei Anwendung des Serums (Mackay) 764.
Diphtherie, prophylaktische Injektion von Serum (Markuson und Agopoff) 344 — (Wecks) 586 — plötzlicher Tod nach einer prophylaktischen Dosis von Diphtherieantitoxin (Keen) 344.
Diphtherie, Intubation (Carpenter) 246 — Heilserum und Intubation (Bedford) 562.
Diphtherie, Wirkung der Pyozyanase auf Diphtherietoxin (Morgenroth) 577.
Diphtherie, Behandlung von Zirkulationsstörungen mit Pituitrin (v. Willebrand) 773.
Diphtherie, erschwertes Dekanulement und Larynxatresie (Martens) 35.
Diphtherie, Bekämpfung (Abel) 560 — (Bachmann) 244 — (Dietrich) 34 — Erfolge und Mängel der Bekämpfung (Abel) 752.
Diphtherie, Prophylaxe (Plumier) 257 — (Twichell) 585.
Diphtherie, Bazillenträger (Albert) 244 — (Cathoire) 755 — (de Groot) 569 — (Lippmann) 344 — (Macdonald) 344 — (Page) 344 — Infektionsdauer (Sommerfeld) 54 — Komplementablenkung durch das Serum gesunder Diphtheriebazillenträger (Cathoire) 246.
Diphtherie, Behandlung der Bazillenträger (Lorenz und Ravenel) 763 — (Page) 256, 578 — Entkeimung der Bazillen träger (Stephani) 259 — Staphylokokken-Spray bei Bazillen trägern (Cattin und Day) 564 — Pyozyanase bei Persistenz der Diphtheriebazillen (Löresen) 344 — Bekämpfung der Bazillenpersistenz (Kretschmer) 282.
Diphtherie, Epidemie (Colley und Egis) 344 — (Delamare) 248 — in Rostock (Lux) 763 — Klassenepidemie (Schultz) 744 — Durchseuchung und Immunität (Hahn) 633.
Diphtherie, Epidemiologie (Gottstein) 569, 759 — (Sommerfeld) 344 — und Bekämpfung (v. Drigalski) 687, 833.

Diphtherie und Schule (Colcord) 564 — (Hüls) 344 — (Jacob) 572 — Verbreitung durch die Schule (Stokvis) 468. 551 — Bekämpfung in den Schulen (Bernhard) 742 — (Frank) 758 — (Seligmann) 259, 272, 344.
Diphtherieschutz der Schulkinder (Petruschky) 743.
Diphtherie, Statistik (Leroux) 762 — Herabsetzung der Mortalität (Eben) 757 — Sterblichkeit in den Vereinigten Staaten (Hill) 344.
Diphtherieserum bei Erysipel (Polak) 351.
Diphteroide Bazillen des Penis (Kolmer) 167.
Diplegie, angeborene und familiäre zerebrale (Higier) 791 — pathologische Anatomie der zerebralen (Miura) 470 — spastische (Peltesohn) 542 — zerebrale athetotische (Cautley) 246.
Diplokokken, Peritonitis (Salzer) 840 — als Ursache von Pharyngitis und Laryngitis (Kaschiwabara) 761.
Divertikel, Meckelsches (Zübert) 596 — Persistenz (Kirmisson) 591 — kongenitaler der Urethra (Haberern) 266.
Doppelmißbildung (Nagamachi) 593 — (Windelschmidt) 596.
Drehlade (Merzbacher-Schiff) 598.
Droserin gegen Keuchhusten (v. Muralt) 256, 346.
Drüsen, Erkrankungen bei Kindern (Sokolow) 219, 622.
Drüsen innerer Sekretion, Behandlung bei infantiler Rückständigkeit (Dupuy) 248.
Drüsenfieber (Haas) 571.
Drüsentuberkulose, konservative Behandlung (Iselin) 761 (Siehe Tuberkulose.)
Ductus (Botalli, Offenbleiben Zürcher) 596 — und Stauungslunge **(Hayashi) 224.**
Ductus thyreoglossus, Offenbleiben (Matti) 690.
Ductus venosus Arantii, Verschluß (Richter) 594.
Dünndarmsaft, Verhalten gegenüber Kasein, Lezithin und Stärke (Brugsch und Masuda) 75.
Duodenalkatheter (Heß) 394 — Anwendung bei Erbrechen (Heß) 302 — bei Icterus neonatorum (Heß) 612.
Duodenum, Methoden zur Gewinnung von Kulturen (Heß) 748.
Duodenum, Atresie (Hauser) 266, 777 — angeborene Atresie (Becker) 588 — kongenitale Atresie (Roe und Shaw) 271, 594.
Duodenum, akute duodenale Verdauungsstörung (Talbot) 242.
Duodenum, Ulcus (Griffith) 265 — (Helmholz) 266 — (Weill u. Gardine) 273, 596, 783 — perforiertes Ulcus (Ribadeau-Dumas) 271 — Ulcus bei Melaena neonatorum (Fabre und Rhenter) 238, 589.
Dura mater, Rupturen beim Neugeborenen (Meyer u. Hauck) 592.
Dysbasia lordotica progressiva (Fraenkel) 643 — (Oppenheim) 793.
Dysbasie, arteriosklerotische (Brandenstein) 754.
Dyschezie, kongenitale (Hertz) 308, 777.
Dysenterie, bazilläre (Graham) 682 — (Kendall) 556 — (Kendall und Walker) 556.
Dysenterie, Geschwüre des Dickdarms (Fischer) 63.
Dysenterie, Serumbehandlung (Rosmarin) 854 — prophylaktische Vakzination (Lucas und Amos) 338.
Dysenterie in Australien (Dick) 338.
Dysenterische Enterokolitis (Descubes) 248.
Dyspepsie (Heß) 748 — (Molina) 557 — (Ruxton) 558 — nach dem Säuglingsalter (Barbour) 236.
Dysplasie, periostale (Bonnaire und Durante) 774.
Dystonia musculorum deformans (Oppenheim) 793.
Dystrophie, angeborene infolge Schilddrüsenaffektion des Vaters (Maggiore) 576.
Dysthyreoidaler Ursprung des Infantilismus und Juvenilismus (Apert und Bouillard) 752.

Ebertscher Bazillus, experimentelle Infektion der Ziege (Scordo) 83.
Echinokokkus (Alberti) 587.
Echinokokkus der Leber 273 — (Broca) 263 — (Cattaneo) 263.

Echinokokkus der Lunge (Molinié) 269, 592.
Echinokokkus, spezifische Antikörper (Thomsen und Magnussen) 690 — Komplementablenkung (Hertz) 636.
Ehrlichsche Amidobenzaldehydreaktion bei scharlachartigem Serumexanthem und echtem Scharlach (Umber) 725, 771.
Eisen, Gehalt der Milch, Eisen-Gehalt der Frauenmilch (Bahrdt und Edelstein) 74 — Gehalt der Kuhmilch (Edelstein und von Czonka) 217 — in Frauen- und Kuhmilch (Langstein und Edelstein) 661 — in Frauen- und Kuhmilch (v. Soxhlet) 660 — Gehalt der Ziegenmilch (Mc Lean) 217.
Eisen bei der natürlichen und künstlichen Ernährung des Säuglings (Langstein) 79.
Eisen, Bestimmung im Blut (Nottebohn und Weißwange) 749 — auf kolorimetrischem Wege (Lachs und Friedenthal) 79.
Eisen, Bedeutung für die Oxydation (Sarthon) 82.
Eisen, Gehalt der Leber (Baillet) 547 — Verteilung in der Leber (Filia) 231, 554.
Eisen bei Chlorose (Zwetkoff) 587 — Behandlung der Anaemia posthaemorrhagica neonatorum (Armand-Delille) 492.
Eiweiß, Stoffwechsel (Schwarz) 241.
Eiweiß, Verwertung durch Saugkälber (Fingerling) 77.
Eiweiß, biologische Differenzierung von Milch und Milcheiweißkörpern (Kollmeyer) 556.
Eiweißbedarf des Kindes jenseits des Säuglingsalters (Stargardter) 154.
Eiweißernährung, gesteigerte zur Steigerung der Milchsekretion (Liepmann) 458.
Eiweißkörper, Bestimmung in der Milch (Richmond) 81 — biologische Differenzierung in der Milch (Bauereisen) 74, 236 — Eiweißkörper, chemische und biologische Differenzierung in Kuh- und Frauenmilch (Bauer und Engel) 74 — Differenzierung in den Körperflüssigkeiten der gleichen Tierart (Graetz) 77.
Eiweißkörper, Gerinnungspunkte des Eier-, Serum- und Milchalbumins sowie des Serumglobulins (Micko) 80.
Eiweißkörper, Wirkung des bulgarischen Fermentes (Bertrand) 75.
Eiweißkörper, bei der Hydrolyse entstehende Spaltprodukte (Abderhalden) 73.
Eiweißmilch (Beck) 19, 67 — (Brady) 237, 552. — (Gorter) 747 — (Grosser) 77 — (Grulee) 238 (Heimann) 19 — (Meyer) 557 — — (Porcher) 750 — (Schlutz) 559 — (Weill und Mouriquand) 560, 751 — (Welde) 84.
Eiweißmilch, poliklinische Erfahrungen (Rollett) 82, 558.
Eiweißmilch, Analyse (Pelka) 81.
Eiweißmilch, Technik und Indikation (Finkelstein und Meyer) 77.
Eiweißmilch bei Neugeborenen (Benfey) 19.
Eiweißmilch bei Säuglingsdiarrhöe (Heiman) 555.
Eiweißspaltende Fermente beim Säugling **(Hahn** und **Lust) 311.**
Ekchymosen infolge von Asphyxie (Mattei) 268.
Eklampsie (Roberts) 581 — Milch eklamptischer Mütter (Frost) 554, 238 — eine anaphylaktische Erscheinung (Felländer) 76.
Ektasie, abdominale (Morancé) 577 — (Variot) 273.
Ektopie des Anus (de Pena) 270.
Ektopie der Blase (Froelich) 265 — (Laméris) 779 — (Robineau) 271.
Ectopie cordis pectoralis (Dill) 775.
Ektopie des Hodens (de Kervily und Branca) 778 — (Kirmisson) 591, 778.
Ektopie, inguinale doppelseitige (Monnier) 269.
Ekthyma bei Varizellen (Nobel) 700.
Ektropium uveae congenitum (Okuse) 2.
Ekzem (Feer) 567, 724 — (Simpson) 583, 770.
Ekzem, generalisiertes (Guerrieri) 570.
Ekzem, papulovesikulöses (Pouget) 580.
Ekzem, Behandlung (Markley) 376 — (Scholtz) 769 — (Variot) 585.

Ekzem, Ernährungstherapie (Variot) 260 — diätetische Behandlung (Finkelstein) 724 — diätetische Behandlung (Wilenkin-Bronstein) 586 — Behandlung mit Milchveränderung (Variot) 242 — Behandlung mit molkenarmer Milch (Finkelstein) 20, 554.
Ekzem, Behandlung mit Pellidol und Azodolen (Bantlin) 665, 723.
Ekzem, Schilddrüsenbehandlung (Rocaz) 258, 581, 768 — Schilddrüsenbehandlung (Valmorin) 260, 585.
Ekzem, Heißluftbehandlung (Perlmann) 32, 724.
Ekzem, Einfluß der Höhenkur (Marfan) 255, 764.
Ekzem, Komplikationen (Poynton) 580.
Ekzematöse Keratokonjunktivitis (Colombo) 1, 435.
Ekzem, Schicksal von Ekzemkindern (Moro und Kolb) 436.
Ellbogen, kongenitale Luxation (Curtillet und Lombard) 775 — Fraktur (Pelletier) 593 — (Trinci) 273 — (Williams) 783 — (Kirmisson) 778 — Behandlung der Frakturen (Campbell) 588 — blutige Behandlung der subkondylären Frakturen (Pelletier) 270 — Trauma (Lawrence) 268.
Elektrargol bei Bronchopneumonie (Perrier) 579 — bei Scharlach (Mongilnicki und Gundlach) 852 — bei aphthösem Fieber (Stodel) 770.
Elektrizität, Wirkung auf das Wachstum (Springer) 741.
Elektrodiagnostik und Elektrotherapie (Cohn) 147.
Elektrokardiogramm bei angeborenen Herzfehlern (Ratner) 767.
Eltern, Einfluß des Alters der Eltern auf das Kind (Marro) 740.
Embolie der Lunge nach Diphtherie (Stewart) 770 — nach Injektion von Wismutsalbe (Brandes) 844.
Embolische Gangrän einer Extremität nach maligner Rachendiphtherie (Aviragnet, Blechmann und Huber) 753.
Embryo, Histologie der Nasenschleimhaut (Boguszewska-Janicka) 547.
Embryo, eingeklemmte Hernie (Bonnaire und de Kervily) 262.
Embryo, äußere Formverhältnisse der Leber (de Burlet) 548.
Embryo, Verhalten embryonaler Zellen gegenüber Nabelblut und Retroplazentarserum (Kraus, Ishiwara und Winternitz) 151.
Embryom, retroperitoneales (Sand und Lerat) 781.
Emphysem, subkutanes (Wood) 261.
Emphysema pleurale mediastinale und subcutaneum bei Bronchopneumonie (Gielczynski) 568, 669.
Empyem (Huber) 571, 760 — Behandlung (Kenyon) 267 — durch Pneumokokken, Behandlung mit Hexamethylenamin (Shattuck) 582 — Drainage des akuten (Kelley) 267.
Empyem der Pleura (Lateiner) 855 — **(Zybell) 93,** 370 — Trommelschlägelfinger (Rosenzweig) 705.
Emulsion, Zubereitungsmethode (Breitmann) 214.
Enzephalitis, Neigung zu Konvulsionen (Lucas und Southhard) 186, 763 — bei akuten Infektionskrankheiten (Oseki) 165, 578.
Enzephalocele (Mattei) 268 — posterior (Dück) 757.
Endocarditis, fötale (Ganeff) 590.
Endocarditis, infektiöse (Dupérié) 248, 566, 757.
Endocarditis lenta (Byezkwroski) 755 — (Lorey) 170.
Endocarditis ulcerosa durch Pneumokokken (Dean) 619, 756.
Endokrine Drüsen, Behandlung bei infantiler Rückständigkeit (Dupuy) 248.
Endokriner Extrakt zur Behandlung zurückgebliebener Kinder (Dupuy) 757.
Endogener Stoffwechsel (Crudden) 305.
England, Boy Scouts (Lion) 598 — Säuglingssterblichkeit (Walter) 599 — Schwachsinnigenfürsorge (Abramowski) 741.
Entbindungslähmung des Armes (Lange) 692.
Enterektomie wegen akuten Darmverschlusses (Waugh) 327.
Enteritis dysenteriformis (di Cristina) 237, 553.

Enteritis membranacea (Roberg) 383.
Enteritis durch Trichozephalus (Garin) 568.
Enteritis, Malznährmittel (Veras) 513.
Enterocephalitis, dysenteriformis (Descubes) 248, 553, 747 — mucosa (Creazzo) 756.
Enteroptose (Smith) 180, 782.
Entfettung der Säuglingsmilch (Klinik) 239 — durch reine Milchkuren (Jacob) 78.
Entwicklung, körperliche und geistige (Dix) 742.
Enuresis (Courtade) 247 — (Tabatschnik) 584.
Enuresis, Behandlung (Ruhräh) 582 — (Wachenheim) 260 — mit Schilddrüsenextrakt (Firth) 567.
Enuresis, essentielle (Collin) 247, 565 — Behandlung mit epiduraler Injektion (Curet) 247, 565.
Enuresis nocturna (Ruhräh) 184 — (Trömner) 806.
Enuresis nocturna und Spina bifida occulta (Peritz) 44, 806.
Enzyme der Milch (Tanaka) 83.
Enzym, Peptidspaltendes in der Frauenmilch (Warfield) 84.
Eosinophile Leukozyten bei kruppöser Lungenentzündung (Arneth) 407.
Eosinophilie und exsudative Diathese **(Aschenheim) 269,** 398, 723 — **(Benfey) 421.**
Eosinophilie nach parenteraler Zufuhr artfremden Eiweißes (Schlacht) 304.
Eosinophilie bei chirurgischen Darmaffektionen (Oehler) 848.
Eosinophilie nach Operation von Leberechinokokkus (Broca) 263.
Epidermolysis diffusa neonatorum (Lequeux) 254, 575, 762.
Epidurale Injektion bei essentieller Enuresis (Curet) 247.
Epilepsie (Babonneix) 753 — (Briand) 800 — (Mackintosh) 764 — (Smith) 770.
Epilepsie, Prognose (Zappert) 587.
Epilepsie, Erblichkeit (Fairchild) 757 — Vererbung (Dabenport und Weeks) 800 — bei Mutter und Kind (Marchand und Petit) 254, 576, 764.
Epilepsie, pädagogische Behandlung (Legel) 762 — Behandlung bei salzarmer Kost (Ulrich) 693 — kochsalzarme und kochsalzreiche Nahrung (Joedicke) 800 — operative Behandlung (Doberer) 187 — Anwendung der Methode nach Toulouse-Richet (Becker) 800.
Epilepsie der Pubertätszeit (Wolffenstein) 587.
Epilepsie, Hypothermie (Olivier und Boidard) 800.
Epilepsie, Erregbarkeit des Atemzentrums (Bornstein) 800.
Epilepsie, Toxizität des Blutes (Meyer) 800.
Epilepsie, körperliche Veränderungen nach Krampfanfällen (Buchbinder) 800.
Epilepsie, Sprachstörung (Heller) 800 — mit psychischen Störungen (Haushalter und Hoche) 266.
Epilepsie, Irresein (Hinrichsen) 571.
Epilepsie, Paralyse (Zappert) 693.
Epilepsie, Konvulsionen (Piguero) 767.
Epilepsie mit paroxystischer Bradykardie (Chartier) 800.
Epilepsie und Hysterie (Binswanger) 562 — (Catanei) 564.
Episepsie und Spasmophilie (Cruchet) 565 — und Tetanie (Redlich) 800.
Epilepsie, statistische Zusammenstellung im Kinderspital Zürich (Kogan) 573.
Epiphyse, traumatische Lösung (Kirmisson) 778 — (Ombrédanne) 269.
Epiphysenlösung am Schenkelhalse (Stephan) 325 — und Frakturen (Savariaud) 781.
Epiphysitis, akute (Sinclair und Pancoast) 189, 583, 595.
Epistaxis (Le Grand Kerr) 250.
Erblichkeit, Probleme (Jendrassik) 232 — Einfluß auf Verdauungskrankheiten (Raimondi) 750 — der Epilepsie (Fairchild) 757.
Erbrechen, nervöses (Smith) 242, 559.
Erbrechen, perniziöses (Ries-Finley) 558, 750.
Erbrechen, periodisches mit Azetonämie (Hecker) 555 — rezidivierendes (Abramowitch) 560 — rezidivierendes (Dedwick)

607 — unstillbares durch Unterernährung (Leuret) 239 — zyklisches (Sandt) 750 — zyklisches; Kreatinausscheidung und Azidose (Mellanby) 557 — zyklisches und Appendizitis (Terrien) 272 — Pflaumenmuserbrechen beim zyklischen (Morris) 557.
Erbrechen bei Pylorusstenose (Leduc) 749.
Erbrechen bei Kinderkrankheiten (Dessau) 237.
Erbrechen, Bedeutung und Behandlung (Lowenburg) 240, 749.
Erbrechen, Behandlung (Waller und Walker) 243 — des habituellen (Cheinisse) 237.
Erbrechen, Anwendung des Duodenalkatheters (Heß) 302.
Erbrechen, Bedeutung der Physiologie und Chemie der Magenverdauung (Eastman) 553, 747.
Erbrechen beim Säugling, Behandlung (Cheinisse) 746.
Erdbeergerucherzeugendes Bakterium (Fettick) 76.
Erholungsheim (Schulze) 235.
Erholungsstätten für Stadtkinder (Hirtz) 646.
Ermüdung, Resistenz (Collin) 550, 231 — krankhafte im Kindesalter (Hennes) 551.
Ermüdung der Schüler (Lorentz) 743 — geistige der Schuljugend (Altschul) 807 — Messungen bei Schulkindern (Altschul) 233.
Ernährung (Abt) 552 — (Aschoff) 858 — (Benson) 236 — (Brady) 746 — (Caraway) 746 — (Chapman) 553 — (Crain) 553 — (Dechard) 747 — (Dennett) 237 — (Elliott) 553 — (English) 237 — (Eschle) 418 — (Everhard und Felker) 747 — (Favre) 747 — (Field) 238 — (Garipuy) 238 — (Glazebroock) 747 — (Hale) 238 — (Howland) 555 — (Kettler) 556 — (Köppe) 17, 239 — (Lemaire) 239 — (Levy) 606 — (Porter) 241 — (Rice) 241 — (Schloß) 414 — (Shaw) 242 — (Snowman) 750 — (Spriggs) 242.
Ernährung, natürliche (Niemann) 557 — (Pritchard, Carter und Pitt) 558 — in den ersten Lebenstagen (Cordier) 746 — Technik der natürlichen (Rietschel) 302 — in Fécamp (Maupas) 557.
Ernährung, natürliche und künstliche **(Eminet) 1** — (Zanetti) 243.
Ernährung, künstliche (Coit) 553 — (Neff) 18 — (Semenoff) 559 — (Snowmann) 242 — (Troitzky) 358.
Ernährung frühgeborener Kinder (Samelson) 558 — debiler Kinder mit molkenreduzierter Milch (Müller) 80.
Ernährung des Neugeborenen in den ersten Lebenstagen (Opitz) 240, 557 — (Jaschke) 556.
Ernährung nach dem Säuglingsalter (Campbell) 552.
Ernährung, Wachstum (Aron) 391 — wachsender Tiere (Fingerling) 77.
Ernährung, Anämie (Czerny) 489.
Ernährung, Späterfolge (Simon) 559.
Ernährung, Geschichte (Boulan) 552.
Ernährung mit roher Milch (Ibrahim) 78 — (Monrad) 80 — rohe und gekochte Milch (Eichloff) 747.
Ernährung mit konservierter Frauenmilch (Mayerhofer und Pribram) 18.
Ernährung, Vollmilch und fettarme Milch (Darling) 237 — mit unverdünnter Kuhmilch (Hanbridge) 605.
Ernährung, kaseinfettangereicherte Kuhmilch als Dauer- und Heilnahrung **(Heim** und **John) 621.**
Ernährung, Technik (Jaschke) 606 — **(Thiemich) 405,** 511.
Ernährung, quantitative Bestimmung der Diät (Arnold und Larrabee) 236.
Ernährung, kalorischer Vergleichswert verschiedener Nahrungsmittel (Farr) 554.
Ernährung, niedrige Prozentsätze (Rudolf) 558.
Ernährung in Krippen (Dauchez) 237.
Ernährung in den Tropen (van Vloten) 751 — mit homogenisierter Milch in den Tropen (Fisch) 554.
Ernährung und Pflege des Kindes (Taussig) 147 — (Toeplitz) 550 — armer Säuglinge (Johnson) 556.
Ernährung und Verdauung (Ladd) 606.

Ernährung bei Säuglingsekzem (Finkelstein) 724.
Ernährung bei Skarlatina (de Biehler) 830.
Ernährung bei Skrofulose (Moro) 724.
Ernährung bei Syphilis (Leuret) 254.
Ernährung tuberkulöser Kinder (Nobécourt) 454.
Ernährungsstörungen (Carton) 746 — (Dennett) 659 — (Fay) 238 — (Fievez) 554 — (Goldszmit) 853.
Ernährungsstörung (Hand) 239.
Ernährungsstörungen (Kramsztyk) 856 — (Lemaire) 239 — (Matet) 749 — (Wieland) 734.
Ernährungsstörungen beim Säugling (Lemaire) 749 — (Bilderback) 236.
Ernährungsstörungen, Ätiologie (Venable) 772.
Ernährungsstörungen, Bakteriologie der akuten (Veeder, Kilduffe und Denny) 659 — bakteriologische Befunde (Rimpau) 750.
Ernährungsstörungen, Klassifizierung (Abt) 659.
Ernährungsstörung, Funktionsprüfung des Magendarmkanals (Lust) 395.
Ernährungsstörungen, diagnostische Bedeutung der Magenuntersuchung (Clarke) 237.
Ernährungsstörungen durch unvollständiges Kauen (Coignat) 237.
Ernährungsstörung, akute duodenale (Talbot) 242, 607.
Ernährungsstörung, Gastroenteritis und Azetonurie (Vergely) 242.
Ernährungsstörungen bei Anämie (Ashby) 244.
Ernährungsstörungen, Behandlung (Abt) 745 — bei schweren Gewichtsverlusten **(Stolte) 158** — mit Kefir **(Peiser) 175** — Malzsuppe (Brady) 302.
Ernährungsstörungen, neue Organisation für die Behandlung **(Vogt) 230.**
Ernährungstherapie der Säuglinge (Schkarin) 213.
Erysipel beim Neugeborenen (di Cristina) 264 — (Lesné und Françon) 762 — (Welch) 273.
Erysipel und Skarlatina (Bookewitsch) 563.
Erysipel, postdiphtherisches (Mayer) 764 — Diphtherieserum (Polak) 351.
Erysipeloid (Günther) 838.
Erytheme (Ahlendorf) 560 — maligne (Hutinel) 571.
Erythem, idiopathisches (Geber) 724.
Erythema infectiosum (Sepp) 582.
Erythema nodosum (Durante) 723 — (Kober) 679 — Ätiologie (Brian) 245, 754 — nach Masern (Perigal) 256 — und Tuberkulose (Dunlose) 723 — und Tuberkulose (Pollak) 679, 725 — und tuberkulöse Meningitis (Sezary) 725.
Erythem, polymorphes (Pigeaud) 257.
Erythem, skarlatiniformes (Darcanne-Mouroux) 247 — infolge von Diphtherieseruminjektion (Robert) 258, 581, 768.
Erythema toxicum nach Oleum lauri (Magyar) 194.
Erythrodermia congenita ichthyosiformis (Galewsky) 724.
Erziehung und ererbte Anlagen (Bratz) 550 — und Hygiene (Gombert) 551 — in Spieljahren (Cassel) 418.
Escherich-Denkmal **172.**
Eselinnenmilch in der Säuglingsernährung (Brückner) 75.
Eukalyptus, Behandlung von Scharlach (Koerber) 167 — Behandlung von Scharlach und Masern (Kretschmer) 686.
Eulatine bei Keuchhusten (Stheeman) 464.
Eunuchoide Adipositas (Neurath) 788.
Eunuchoidismus bei Diabetes insipidus (Ebstein) 844.
Eustachische Röhre bei Otorrhöe (Urbantschitsch) 293.
Euterentzündungen, vergleichende Untersuchung der Milch (Seel) 83 — anormale Milch (Amberger) 745 — durch Streptokokken verursacht (Meyer) 80.
Eutererkrankung, Untersuchung von Milch (Ulmann) 751.
Eutertuberkulose, Genuß von Milch und Milchprodukten (Ungermann) 751.
Exanthem, Differentialdiagnose (Dammasch) 247.

Exanthem, makulöses bei Diabetes mellitus (Koch) 196.
Exanthem, impetiginöses und akute Nephritis (Halberstadt) 724.
Excavatus (Isselin) 778.
Exostose, multiple (Tuffier) 273 — Schädelwölbung (Marey) 592.
Experimentelle Pädagogik (Meumann) 420.
Exspirationsluft (Rosenau und Amoß) 581.
Exstrophie der Blase (Marion) 779.
Exsudate, nichtdiphtherische (Woody und Kolmer) 587.
Exsudative Diathese und Eosinophilie **(Aschenheim) 269,** 398, 723 — **(Benfey) 421.**
Exsudative Diathese, Tuberkulinreaktion (Eilers) 567 — und Tuberkulose (Gorter) 435 — Beziehungen zur Skrofulose und Tuberkulose (Rozenblat) 856.
Exsudative Diathese, Beteiligung der Schleimhaut des Urogenitalapparates **(Beck) 468.**
Exsudative Diathese, Beziehungen zu den phlyktänulären Erkrankungen des Auges (Igersheimer) 435.
Extraktion, Verletzungen der Kinder (Gaus) 590.
Extrasystole bei Spondylitis tuberculosa (Hecht) 705.
Extremitäten, Mißbildung (Scheffen) 782.

Fäces der Säuglinge (Aviragnet und Dorlencourt) 745.
Fäces, Untersuchung (Falquel) 554 — praktische Methoden der Untersuchung (Flamini) 238.
Fäces, Bedeutung der Koprologie (Lévy) 556.
Fäces, Bakteriengehalt (Kramsztyk) 79, 855 — (Moeller) 557 — Gasbazillen (Kendall u. Smith) 556 — Streptokokken (Puppel) 750.
Fäces, bei febrilen infektiösen Zuständen (Triboulet) 242.
Fäces, Kuhmilchkasein in Säuglingsstühlen (Bauer) 74 — Kaseingerinnsel (Courtney) 163 — (Ibrahim) 78 — (Monrad) 80 — Bedingungen für das Zustandekommen fester Stühle (Stolte) 242 — Kaseingerinnsel (Talbot) 83 — Nachweis des Kaseins in den Kaseinbröckeln (Uffenheimer und Takeno) 84.
Fäces, Fett, Fettsäure und Seife (Aviragnet und Dorlencourt) 236 — Fettgehalt (Saito) 82 — Fettstühle (v. Hoesslin und Kashiwado) 555.
Fäces, Gehalt an Galle (Llaguet) 557 — Gallenpigmente im Säuglingsstuhl (Weill, Morel und Policard) 243, 261, 560, 751 — Sublimatreaktion (Rottier) 241, 558.
Fäces, Pettenkofersche Reaktion (Triboulet) 242.
Fäces, proteolytisches Ferment (Filia) 238.
Fäces, Hemizellulosevergärung (Cramer) 553.
Facialis, Paralyse (Variot und Bonniot) 585, 638 — Hemiatrophie (Variot) 309.
Facialis, kongenitaler Defekt (Löwem) 268.
Fallschutzleibchen (Marcus) 69.
Faltenzunge (Comby) 723.
Familienähnlichkeit, forensische Bedeutung (Hurvald) 548.
Farben, Unterscheidung bei Kindern (Kahn) 548, 808.
Farbenblindheit, angeborene totale und zentrales Sehen (Gertz) 2.
Favus beim Neugeborenen (Geber) 724.
Febris reccurens, Reinzüchtung der Spirochäten (Noguchi) 689.
Femur, Diaphyse (Oumansky) 593.
Femur, Fraktur (Kirmisson) 267.
Femur, Schenkelhalsfraktur (Imminger) 591 — (Lombard) 592 — Fraktur des Schenkelhalses bei kongenitaler Hüftgelenksluxation (Worms und Hamant) 273 — Frakturen der Diaphyse (Legrand) 779.
Femur, Frakturen und Epiphysenlösung (Froelich) 776 — Epiphysenlösung des unteren Endes (Hendrix) 266.
Femur, kongenitale Mißbildung (Cassel) 323, 775 — Deformitäten des oberen Endes bei angeborener Hüftgelenksluxation (Egloff) 589.
Femur, Tuberkulose des Schenkelhalses (Waldenström) 437.

Ferienkolonien in Lothringen (Wagner) 276, 599 — Frankreich (Vendiesse) 276, 599.
Ferienkurhaus (Schulze) 235.
Fermente und Antifermente (Jacoby) 78 — (Porter) 81.
Fermente, Nachweis in den Organen des Magendarmkanals **(Lust) 411** — des Magensaftes (Abderhalden und Strauch) 73 — Magenfermentproben (Cohnheim) 76 — (Fuld) 77.
Fermente Ausscheidung von zuckerspaltenden Fermenten **(Lust) 302.**
Fermente, Ausscheidung von eiweiß-, stärke- und fettspaltenden Fermenten **(Hahn und Lust) 311.**
Ferment, proteolytisches im Säuglingsstuhl (Filia) 238.
Fermente, Ausscheidung der Magenfermente im Säuglingsharn (Pechstein) 81.
Fermente, Einfluß des Zuckers (Sciortino) 83.
Fermente der Milch (Wohlgemuth und Strich) 84 — im Mekonium (Schoenberner) 559 — oxydierendes der Frauenmilch (Chabert) 553.
Ferment, Wirkung des bulgarischen auf Säure (Bertrand und Veillon) 75 — auf die Eiweißkörper (Bertrand) 75 — und Kohlehydrate (Effront) 76.
Fermente, Einwirkung auf Tuberkulin (Pfeiffer und Trunk) 81.
Festschrift für M. Kassowitz (Gomperz, Hochsinger und Neurath) 857.
Fett der Frauenmilch (Arnold) 745 — (Merkel) 749 — (Plauchu und Rendu) 240, 749.
Fett, Fette der Milch und des Kolostrums in Beziehung zu den Fetten der Nahrung des mütterlichen und kindlichen Körpers (Bode) 552 — Gehalt der Kuhmilch (Cailloux) 237.
Fett, Einfluß der Futtermittel auf Milchfett (Zaitschek) 84 — auf den Fettgehalt der Milch (Wauters) 243.
Fett, quantitative Bestimmung in Milch (Oerum) 80 — Berechnung der Fettmenge in der Milch (Buchwald) 75.
Fett, Überernährung an der Brust (Mola) 749.
Fett, Stoffwechsel (Aschenheim) 392.
Fett, Magenverdauung (Finizio) 77.
Fett, Dicke des Fettpolsters (Neumann) 305.
Fett in der Thymus (Hart) 548.
Fettkinder (Neurath) 788.
Fettsäure, freie flüchtige in frischer Vollmilch (Kooper) 79.
Fettsklerem der Neugeborenen (Mitweg) 749.
Fettspaltende Fermente beim Säugling **(Hahn und Lust) 311.**
Fettspaltung, Beziehungen der Lymphozyten (Bergel) 441 — im Säuglingsblut (Samelson) 610.
Fettstühle (v. Hoesslin und Kashiwado) 555 — Gehalt der Fäces (Saito) 82 — Neutralfett, Fettsäure und Seife im Säuglingsstuhl (Aviragnet und Dorlencourt) 236.
Fibrolysin bei Lungenschrumpfung (Stöltzner) 181.
Fibula, bilateraler kongenitaler Defekt (Saxenberger) 782.
Fieber, bizarres (Blanchon) 245.
Fieber, protrahiertes (Batawia) 855.
Fieber, kontinuierliches bei Tuberkulose (Libin) 575 — tuberkulöses prämeningitisches (Braillon) 435.
Fieber unklaren Ursprungs (Meyes) 781 — (Thomas) 259, 771 — mit ungewisser Ätiologie (Paget-Lapage) 611.
Fieber, alimentäres (Rosenthal) 558 — Kochsalzfieber **(Samelson) 125 — (Bendix und Bergmann) 387** — Stoffwechsel bei experimentellem Kochsalzfieber (Freund und Grafe) 554 — nach Salzinjektionen (Helmholz) 555.
Fieber beim Neugeborenen (Boise) 547, 746 — transitorisches bei Neugeborenen (v. Reuß) 214.
Fieberhafte Temperaturen bei neugeborenen Kindern (Heller) 214.
Fieber bei gemästeten tuberkulösen Kindern (Michalowicz) 764.
Fieber, Einfluß auf die Infektion (Rosenbusch) 581.
Findelwesen in Frankreich (Lereboullet) 275.
Finger, symmetrische Mißbildungen (Scharff) 782.

Fistel, mediane des Halses (Matti) 690 — angeborene zervikale (Putzu) 270.
Fleischnahrung, Einfluß auf das Nervensystem (Gartje) 213.
Fluoroskopie der Pleurahöhle (Huber) 51.
Forensische Bewertung des ungeborenen Kindes (Goeckel) 548.
Forensische Bedeutung der Familienähnlichkeit (Hurvald) 548.
Formamint, Wirkung (Frisch) 458.
Formulae magistrales germanicae 422.
Förstersche Operation (Großmann) 65 — (Guleke) 691 — (Guradze) 206 — (Perlis) 593 — (Stiefler) 272 — bei Hemispasmus (Schaffer) 791.
Fortlaufen der Kinder (Schröder) 808.
Fötus, Chlorgehalt (Rosemann) 304, 750.
Fötus, Leichenblut (Sabrazès, Lande, Muratel) 549.
Fötus, Thyreoidea (Hesselberg) 548.
Fötus, Physiologie und forensische Bedeutung (Sanders) 232
Fötus, intrauterine Muskelbewegungen (Reifferscheid) 209 — Atembewegungen (Reifferscheid) 232.
Fötus, Übergang der Aminosäure von der Mutter (Aloisio) 739 — von Blei, Phosphor, Arsenik und Quecksilber von Mutter auf Fötus (Petrucci) 232 — Überempfindlichkeit der Mutter (Esch) 548.
Fötus, Wirkung auf die Milchsekretion (Aschner u. Grigoriu) 74, 656.
Fötus, intrauterine Meläna (Bonnet-Laborderie) 746.
Fötus, lepröse Veränderungen der fötalen Anhangsgebilde (Sugai) 584.
Fötus, Lungenatelektase und Bronchiektasie (Buchmann) 263.
Fötus, Peritonitis (Sella) 782.
Fötus, Syphilis der Wirbelsäule (Alexander) 40.
Fötus, Hydrops universalis (Teuffel) 272.
Fötus, Verletzung (Bronne) 588.
Fötus, Mißbildungen (Fischer) 776 — Hirnmißbildungen (Masuda) 268 — polyzistisches Nierenrudiment (Rosenow) 271.
Frakturen (Desfosses) 775.
Fraktur, multiple intrauterine (Savariaud) 272
Fraktur, multiple rachitische (Petit de la Villéon) 270.
Fraktur, subperiostale und unvollständige (Kirmisson) 778.
Fraktur des Schädels (Favre) 776 — (du Pan) 779.
Fraktur des Femur (Froelich) 776 — (Kirmisson) 267 — (Savariaud) 272 — der Diaphyse des Femur (Legrand) 779 — des Schenkelhalses (Imminger) 591 — (Lombard) 592 — bei kongenitaler Hüftgelenksluxation (Worms und Hamant) 273.
Fraktur des Astragalus (Jouon) 591.
Fraktur des Ellbogens (Kirmisson) 778 — (Trinci) 273 — (Williams) 783 — subkondyläre des Ellbogens (Pelletier) 270, 593.
Fraktur des Humerus (Rocher) 594 — (Trèves) 595.
Fraktur des ersten Metakarpus (Ducuing und Rigaud) 264.
Frakturen und Epiphysenlösung (Savariaud) 781.
Frankreich, Dépopulation (Deschamps) 274, 597 — Totgeburten in den Großstädten (Chambrelent) 274.
Frankreich, Findelwesen (Lereboullet) 275 — Säuglingsfürsorge (Couffou) 597 — (Dufour) 597 — Fürsorge (Augé) 784.
Frankreich Säuglingssterblichkeit 600.
Frankreich, Ferienkolonien (Vendiesse) 276, 599.
Frankreich, Epidemie von Poliomyelitis (Netter) 504.
Frauenarbeit und Sterblichkeit (Wardmann-Wilbourne) 276.
Frauenmilch, chemische Zusammensetzung (Schloß) 82.
Frauenmilch, Albumingehalt (Grosser) 77.
Frauenmilch, Eisengehalt (Bahrdt und Edelstein) 74.
Frauenmilch, Fett (Arnold) 745.
Frauenmilch, Kalkgehalt (Ramacci) 81 — (Schabad) 82.
Frauenmilch, Milchzucker (Lust) 236.
Frauenmilch, peptidspaltendes Enzym (Warfield) 84 — oxydierendes Ferment und Zytologie (Chabert) 553.

Frauenmilch, physikalisch-chemische Eigenschaften (Polenaar und Filippo) 81.
Frauenmilch, Wirkung der mechanischen Erschütterung **(Engel) 578.**
Frauenmilch, viskosimetrische Beobachtungen (Basch) 74.
Frauenmilch, Hämolyse (Ellenbeck) 387.
Frauenmilch, Zusammensetzung bei Nephritis (Engel und Murschhauser) 76.
Frauenmilch, quantitative Ausscheidung des Urotropins **(Rieder 80).**
Frauenmilch, konservierte; Ernährung (Mayerhofer und Pribram) 18 — Konservierung (Peiser) 543 — durch Perhydrol (Knape) 79 — Kalkodat bei der Konservierung (Mayerhofer und Pribram) 80.
Freiluftleben für Stadtkinder (Carr) 274.
Freiluftschulen (Ager) 233 — (Badger und Hawes) 233 — (Delperier) 449 — (Hawes) 234 — (Leen) 235 — (Méry) 235 — (Society of medical Officers of Health) 331 — Hohenlychen (Pannwitz) 449.
Fremdkörper, multiple (Verhaeghe) 273.
Fremdkörper der Luftwege (Abrand) 641 — in den Atmungswegen (Dabarca) 589 — in den Luftwegen (Lamert) 591 — im Bronchus (Knöpfelmacher) 697 — (Todd) 783 — Trachea und Bronchien (Guisez) 188 — im Larynx (Scharf) 594.
Fremdkörper im Ösophagus (Abrand) 188 — (Botey) 262.
Fremdkörper im Darm (Menuet) 269.
Freuds Psychologie in ihrer Anwendung auf das Kindesalter (Paul) 766.
Friedreichsche Krankheit (Giannelli) 568 — (Meignant) 576.
Frischmilchendsein, forensischer Nachweis (Bauer und Sassenhagen) 74.
Frostbeule, Behandlung (Jourdanet) 572.
Fruchtbarkeit, Vererbung (Pearl) 741.
Frühgeborene (Guibert) 597 — (Herrgott) 239.
Frühgeborene, Ernährung (Samelson) 558.
Frühgeborene, Kalorienbedarf (Heß) 21.
Frühgeborene, Temperatur (Masay) 16.
Frühgeborene, Pflege (Durham) 553.
Frühgeborene, Mortalität (Plauchu) 240.
Frühgeborene, Zukunft (Detré) 747 — späteres Schicksal (Cramouzand-Donnarieux) 746 — (Wallich und Fruhinsholz) 243, 560.
Frühgeborene Zwillinge (Prinaris) 558, 241.
Fürsorge (Deutsch) 512 — (Fiévez) 597 — (de Fleury) 784 — (Guyard) 597 — (Peiser) 598 — (Schatzmann) 599 — (Schreiber) 235 — (Southworth) 276, 599.
Fürsorge, soziale (Häberlin) 646.
Fürsorge, städtische (McBride) 784 — kommunale Zentralen (Effler) 597.
Fürsorge, Schicksal der aus der Straßburger Säuglingsheilstätte entlassenen Kinder (Walther) 599.
Fürsorge, Aussichten (Hohlfeld) 51.
Fürsorge für das wachsende Kind (Sill) 599.
Fürsorge, nourrices á demi lait (Cassin) 784.
Fürsorge, Restaurants gratuits für Stillende (Clétiez) 274.
Fürsorge und Milchkühlung (Bickel und Roeder) 75.
Fürsorge, Mutterhäuser und Seminare für christliche Kinderpflege (Alberts) 784.
Fürsorge für Krüppel (Murtrie) 275.
Fürsorge für geistig schwächliche und kränkliche Kinder (Fürstenheim) 812 — psychopathisch veranlagte Kinder (Major) 785.
Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik (Major) 812 — Mitwirkung des Psychiaters (Schnitzer) 812 — und geistig Minderwertige (Schröder) 812 — Untersuchungen an Zwangszöglingen in Baden (Thoma) 812.
Fürsorgezöglinge, geistige Abnormitäten (Mönkemöller) 812 — Ergebnis der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung (Schnitzer) 812.

Fürsorge, internationale (Silbernagel) 599.
Fürsorge, Berliner Kongreß (Chambrelent) 274, 597 — Organisation der internationalen Kongresse für Säuglingsschutz (Heubner) 598 — Ausstellungen (Brüning) 51.
Fürsorge in Australien und Neuseeland (Hardy) 597.
Fürsorge in Belgien (Lust) 598 — (Philips) 785.
Fürsorge in Dänemark (Boje) 784.
Fürsorge in Deutschland (D'Oelsnitz) 276 — (Péhu) 785 — Barmen (Hoffa) 275.
Fürsorge in Frankreich (Augé) 784 — (Couffou) 597 — (Dufour) 597 — Paris (Hösli) 785.
Fürsorge in Lothringen (Florentin) 275.
Fürsorge in Spanien (Suarez de Mendoza) 515.
Fürsorge in Tunis (Durand) 784.
Fürsorge in Ungarn (Szana) 599 — Rohatyn (v. Szaynoski) 599.
Fuß, Arthrodese (Lorthioir) 779.
Fuß, Tuberkulose der langen Knochen (Bailleul) 244, 774.

Galaktogener Einfluß subkutaner Milchinjektion (Chatin und Rendu) 746.
Galle, bakteriologische und chemische Untersuchung (Kiralyfi) 836 — Pigmente in den Säuglingsstühlen (Weill, Morel und Policard) 243, 261, 560, 751 — in Harn und Fäzes (Llaguet) 557.
Galle, Cholelithiasis (Paulsen) 525.
Gallenblase, angeborene Verlagerung (Walton) 783.
Gallengänge, Infektion (Abrami) 560 — Katarrh (Köppen) 386.
Gallengänge, kongenitale Obliteration (Howard und Wolbach) 266 — Stenose beim Neugeborenen **(Sugl) 294** — Kasuistik und Pathogenese der kongenitalen Atresie (Frensdorf) 590, 776 — Stoffwechsel bei angeborenem Verschluß (Niemann) 215.
Gallengänge, Kompression der extrahepathischen Gallengänge (Simonini) 583.
Gallengänge, Mißbildung und Ikterus (Morquio) 765.
Gangrän der Augen (Genet und Palasse) 249.
Gangrän der Lunge, Menthol-Eukalyptolin-Injektionen (Berliner) 453.
Gangrän, angeborene des rechten Unterarmes (Winslow) 187.
Gangrän einer Extremität nach Diphtherie (Rausome und Corner) 345 — des Schenkels nach Diphtherie (Kramer) 253, 573 — embolische bei maligner diphtherischer Angina (Aviragnet, Blechmann und Huber) 313, 371, 753.
Gangrän, symmetrische Hautgangrän bei Scharlach (Silberstein) 36, 52, 725.
Gangränöse Appendizitis (Bonneau) 262 — und extremes Ödem des Zökums (Dandurant) 264.
Gasbazillen im Stuhl (Kendall und Smith) 556.
Gastritis mucosa (Cautley) 755.
Gastritis, septische (Roussin) 582.
Gastroenteritis mit Azetonurie (Vergely) 242.
Gastroenteritis, behandelt mit Valsschem Wasser (Gassot) 238.
Gaumen, angeborene Insuffizienz (Kelly) 281 — Tonsillen (Lesca) 575 — Behandlung der kongenitalen Kontinuitätstrennungen (Raynal) 270.
Gaumensegel, Behandlung der kongenitalen Kontinuitätstrennungen (Raynal) 270.
Geburt, Dauer der zweiten Geburtsperiode (Königsberger) 573
Geburt, periphere Geburtslähmung (Trevelyan) 260 — spontane Geburtslähmung in Zusammenhang mit Gesichtslage **(Kaumheimer) 455.**
Geburtenrückgang (Borntraeger) 859 — (Fremantle) 647 — (Nebout) 577 — und seine Bekämpfung (Wolf) 786, 859.
Geburtenrückgang in Preußen (Pistor und Dietrich) 785 — in Frankreich (Deschamps) 274, 597.
Geburtenzahl, Knabengeburtenüberschuß (Jendrassik) 232.
Geburtsblutungen am kindlichen Schädel (Litwin) 591.
Geburtshilfe und Säuglingssterblichkeit (Keller) 192.
Geburtshilfe, unentgeltliche in Zürich (Georgi) 597.

Geburtsgewicht von 5300 g (Gravier) 555 — über 4000 g (Hassanië-Dschalaljanz) 548.
Gefrierpunktserniedrigung der Milch (Pins) 558.
Gehör Neugeborener und Säuglinge (Kutwirt) 232.
Geisteskranke, Funktion und Bau der männlichen Geschlechtsdrüsen (Todde) 818.
Geisteskrankheit und Prophylaxe (Hennes) 551.
Geisteskrankheiten, Vererbung im Lichte der Mendelschen Theorien (Camon und Rosanoff) 818.
Geistesstörung bei Kindern (Holmes) 251 — im Zusammenhang mit Pubertät (Tridon) 584.
Geisteszustand jugendlicher Angeklagter (Fürstenheim) 814.
Geistig gebrechliche Kinder des schulpflichtigen Alters im Kanton Appenzell (Koller) 818.
Geistige Minderwertigkeit (Reuben) 694.
Gelatine, Injektion bei Melaena neonatorum (Bra) 552.
Gelatinebehandlung bei Melaena neonatorum (Nohl) 557.
Gelbe Rüben, schädliche Eigenschaften (Lehmer) 556.
Gelée Lumière bei Diarrhöe (Cordier) 237.
Gelenk, Meningokokkenerkrankung (Uhlmann) 771 — Pneumokokkenerkrankungen (Uhlmann) 595 — Rheumatismus (Chazrewin) 564.
Gelenk, Tuberkulose (Ely) 453 — tuberkulöse Erkrankungen (Nutt) 454 — tuberkulöse Erkrankungen (Tubby) 317 — Karbolsäurebehandlung der Knochen- und Gelenkstuberkulose (Strauß) 455 — resp. Knochentuberkulose, Differentialdiagnose von angeborener Syphilis (Cumston) 247.
Gelenk, Radiographie und Diagnose der Knochen- und Gelenktuberkulose (Ménard) 255.
Gelenk, Fürsorge der Stadt Paris für Kinder mit Knochen- und Gelenkstuberkulose (Joachimsthal) 454.
Gemüse, Verdauung (Pieper) 558.
Gemüsepulver (Kassowitz und Langstein) 393.
Gemüsepulver (Kassowitz und Langstein) 393.
Genu recurvatum (Bonnaire) 588 — (Curtillet und Lombard) 775 — (Kirmisson) 778 — (Mutel) 269.
Genu varum, operative Behandlung (Guradze) 206.
Geschichte der Säuglingspflege (Merklen, Rousseau und Dessessartz) 232.
Geschlechtsdrüsen, Funktion und Bau der männlichen bei Geisteskranken (Todde) 818.
Geschlechtsreife, vorzeitige (Wolff) 587, 663.
Geschwister, Psychosen (Frankhauser) 568, 818.
Gesetz, holländische Kindergesetze (van der Aa) 784.
Gesichtsspalte, schräge (Preusse) 472.
Gewebschemie (Fürth) 333.
Gicht, Behandlung (Schittenhelm und Schmid) 420.
Glashäger Mineralquelle, kieselsäurehaltiges Mineralwasser (Schwarz) 603.
Glaukom, infantiles, Sklerotomie (Mauch) 576, 764.
Gleichgewichtsstörungen und Schwindel bei sekundärer Syphilis (Beck) 292.
Gliom der Retina (Adam) 1 — (Roman) 228 — doppelseitiges (Knieper) 2 — Spontanheilung (de Kleijn) 2.
Gliom, Struktur des Retinaglioms (Leber) 2.
Glykämie, nichtdiabetische und experimentelle (Nothmann) 240.
Glykosurie, Einfluß verschiedener Nährmittel- und Kohlehydratentziehung (Hartelust) 216 — nichtdiabetische und experimentelle (Nothmann) 240.
Gonitis, konservative Behandlung der tuberkulösen (Alapy) 453.
Gonokokken, Infektion bei Säuglingen (Genersich) 249.
Gonokokkenvakzin „Arthrigon“ (Schulz) 43.
Gonorrhöe (Findley) 567 — (Gordon-Salkind) 569.
Gonorrhöe, Behandlung (Fromme) 689 — Vakzinetherapie der Gonokokken (Motschan) 225.
Gonorrhöe, kutane Reaktion (Sakaguchi und Watabiki) 689.
Gonorrhoische Konjunktivitis mit Otitis media (Dalmer) 756.

Gouttes de lait (Dubé) 274 — (Howard) 598, 785 — (Lutz) 785 — in Gießen (Kockerbeck) 598 — in Budapest (Deutsch) 597 — in Nizza (Balestre und d'Oelsnitz) 229 — in Stockholm (Lavialle) 275.
Granula (Kirmisson) 267 — Muchsche (Körber) 627.
Griechenland, Kala-azar (Lignos) 763.
Grießbrei, Ausscheidung **(Pfersdorff und Stolte) 476.**
Grundriß der Säuglingskunde (Engel) 146 — der Kinderheilkunde (Eckert) 418.
Guajak, Reaktion (Sarthora) 82 — Probe (Günther) 77 — Probe der Milch (Tewes) 83.
Guajaktinktur zur Unterscheidung roher und gekochter Milch (Rievel) 750 — zum Nachweis der Pasteurisierung der Milch (Weigmann) 751.
Guajakoltuberkulin bei Pertussis (Mochizuki) 577.

Haargeschwulst, im Magen bei Infantilismus (Hüttenbach) 615.
Hafer, peptischer Abbau **(Klotz) 29**, 162.
Hallux valgus (Leriche) 268.
Hals, Adenophlegmone (Ombrédanne) 269.
Halsfisteln und -zysten (Wenglowski) 783.
Hals, angeborene Fistel (Leegard) 779.
Hals, kongenitale Zyste (Agaciantz) 587 — (Petit de la Villéon) 595 — seröse Zyste (Demelin und Mouchet) 264.
Hals, kongenitale Tumoren (Dulac) 589.
Halsdrüsen- und Knochentuberkulose, Röntgenbehandlung (Rafalowski) 454.
Halsrippen (Virus) 783 — Skoliose (Miyauchi) 780.
Halsrippe und Nervenstörungen (Blank und Bibergeil) 542.
Haltekinder (Schmidt) 646 — kreisärztliche Beaufsichtigung (Pilf) 599.
Haltungsübungen und Haltungsfehler (Schmidt) 643.
Hamburger Idioten- und Epileptikeranstalt in Alsterdorf (Kellner) 230.
Hämangio-Endotheliome, multiple angeborene der Leber (Veeder und Austin) 180.
Hämangiom, malignes des Gesichtes (Magyar) 702, 724.
Hämatemese (Sprague) 259.
Hämatologie, Vorlesungen über klinische (Türk) 421.
Hämatom der Nebennieren (von Reuß) 697 — supradurales (Körner) 591 — des Sterno-cleido-mastoideus (Sédillot) 782.
Hämaturie beim Neugeborenen (Fabre und Jarricot) 757 — bei Typhus (Lesieur) 762.
Hämoglobinnährböden für Cholera (Friedrich) 339.
Hämoglobinurie, paroxysmale (Grafe) 250 — bei Malaria (Bruch) 754.
Hämolyse der Frauenmilch (Ellenbeck) 387 — bei Icterus neonatorum (Slingenberg) 308 — durch Salze (Chassin) 553 — hemmende Erscheinungen bei luetischen Sera (Popoff) 824.
Hämophilie (Billeter) 562 — (Danziger) 756 — (Gressot) 759 — (Halipré) 251, 760 — (Kramsztyk) 853 — (Schiriak) 582 — (Thompson) 584.
Hämophilie, tödliche (Fouchet) 568.
Hämophilie beim Neugeborenen (Bonnaire) 245, 754 — (Waeber) 585.
Hämophilie, Ätiologie und Behandlung (Schloß und Cormiskey) 612 — Bluttransfusion (Vincent) 613 — subkutane Einspritzung von Menschenblut (Myers) 178 — kongenitale Behandlung mit Peptoninjektionen (Nobécourt und Tixier) 766.
Hämophilie, familiäre und tuberkulöse Belastung (Hanns) 251.
Hämophilie und Blutgerinnung (Vogel) 585.
Hämophilie und Metrorrhagie (Halipré) 572.
Hämorrhagie, siehe Blutung.
Hämorrhagie beim Neugeborenen (Bonnet-Laborderie) 754 — der Neugeborenen (Haynes) 748 — beim Neugeborenen (Lespinasse und Fisher) 239 — beim Neugeborenen (Vallois) 772 — spontane beim Neugeborenen (Myers) 749 — tödliche beim Neugeborenen (Commandeur) 755 — des Neugeborenen, Ätio-

logie und Behandlung (Schloß und Cormisky) 750.
Hämorrhagie, gastro-intestinale beim Neugeborenen (Dingwall) 747 — (Ray) 241 — (Semple) 241 — der intestinalen Schleimhaut bei Morbillen (Stark) 750 — rektale (Ries-Finley) 750.
Hämorrhagie, intrakranielle bei Neugeborenen (Seitz) 782 — (Simmons) 782.
Hämorrhagie, tödliche der Leber (Durante) 566.
Hämorrhagie der Nebenschilddrüsen und kindliche Tetanie (Jovane) 184.
Hämorrhagie, meningeale (Griolet) 777 — (Montet) 577, 765 — beim Neugeborenen (Guérin-Valmale und Vayssière) 250 — (Krohn) 748 — bei Tuberkulose (Guinon) 251, 435.
Hämorrhagie, subdurale (Haguet) 571, 760, 777.
Hämorrhagie des Zentralnervensystems nach Zangengeburt (Ducrotoy) 566.
Hämorrhagie, spontane der Urethra (Hadlich) 777.
Hämorrhagie der Vagina beim Neugeborenen (Pomeroy) 574.
Hämorrhagische Diathese der Neugeborenen, Bluttransfusion (Vincent) 751, 772 — bei Diphtherie (Fischer) 63 — und Septikämie (Wipphle) 243.
Hämorrhagische Erkrankungen der Neugeborenen (Graham) 307, 613 — beim Neugeboreenn (v. Reuß) 698 — der Neugeborenen (Robert, Green und Swift) 241 — der Neugeborenen (Spencer) 242 — des Neugeborenen (Wells) 586.
Hämorrhagische Erosionen beim Säugling (Zadek) 752.
Hämorrhagische Nephritis (Vasseur) 585.
Hand, verrukōser Lupus (Boehme) 453.
Hand, Tuberkulose der Hand- und Fußknochen (Bailleul) 774, 244.
Hand, Mißbildung bei Mutter und Kind (Fabre und Jarricot) 589, 776.
Hand, Madelungsche Deformität (Brandes) 320 — (Springer) 321 — symmetrische Madelungsche Deformität (Melchior) 780.
Handbuch der Kinderheilkunde (Pfaundler-Schloßmann) 331 — der gesamten Tuberkulose (Bandelier und Roepke) 427 — des orthopädischen Schulturnens (Echternach) 418.
Hanotsche Zirrhose mit sekundärem Infantilismus (Pagliano und de Luna) 578, 766.
Harn, Untersuchung bei Säuglingen (Bogert) 236.
Harn bei papulovesikulōsem Ekzem (Pouget) 580.
Harn, Reaktion bei Brustkindern (Engel und Turneau) 76 — (King) 556, 609 — Azidität (Lade) 556 — Azidität (v. Stramlik) 83 — Azidität und Albuminurie (v. Hösslin) 555.
Harn, Albuminurie bei gesunden Kindern (Sour) 259.
Harn, Reaktion auf Silbernitrat beim Säugling (Ravenna) 558.
Harn, Giftigkeit (Pfeiffer und Albrecht) 164 — bei Masern und anderen Infektionskrankheiten (Aronson und Sommerfeld) 684.
Harn, Ehrlichsche Amidobenzaldehydreaktion (Umber) 585, 686.
Harn, Kreatinausscheidung (Folin und Denis) 554.
Harn, reduzierende Körper im Harn der Wöchnerinnen (Grönvall) 238.
Harn, Methode der Zuckerbestimmung (Nothmann) 240.
Harn, Gehalt an Galle (Llaguet) 557.
Harn, Einfluß verschiedener flüssiger Stoffe auf die Produktion (Pospjelowa-Djemkina) 608.
Harn, Bedeutung der Sedimente (Posner) 364.
Harnblase, eitrige Erkrankung (Hepner) 570 — Prolaps bei Pertussis (Hirokawa) 314, 571, siehe auch Blase.
Harnröhre, siehe Urethra.
Harnsäure, Ausscheidung durch die Milch (Filia) 76 — bei intestinalem Infantilismus (Crudden) 305.
Harnstoff, Einfluß auf das Blut und die Milch stillender Frauen (Engel und Murschhauser) 76.
Harnstoffgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit (Nobécourt, Sevestre und Bidot) 578, 609, 766.
Harnwege, Infektion durch koliähnliche Bakterien (Jeffreys) 252.

Harnwege, Tuberkulose (Frèze) 568 — Tuberkulinbehandlung der Tuberkulose (Mantoux) 454.
Hasenscharte (Audebert und Dieulafé) 262 — (Kirmisson) 778 — pseudomediane (Matthey) 592 — Entstehung (Feldmann) 589 — intra-uterin geheilte (Wolff) 783.
Haut, Sammelreferat über die dermatologische Literatur (Leiner) 713.
Haut, Bronzefärbung (Mautner) 697.
Haut, Reaktion bei Diathese (v. Bergmann-Rosoff) 231.
Haut, Diphtherie (Reinhardt) 257, 345 — (Sowade) 583, 632.
Haut, symmetrische Gangrän bei Scharlach (Silberstein) 36, 52, 725.
Haut, lokale Immunisierung nach Wassermann (Beck) 723.
Haut, Tuberkulide (Leyberg) 856.
Haut, disseminierte Tuberkulose (Leiner und Spieler) 253 — toxische Tuberkulose (Zieler) 437.
Haut, Komplikationen bei Varizellen (Caplan) 246.
Haut, Veränderungen bei Erkrankungen der Leber (Jeßner) 761.
Haut, Pilzerkrankungen (Bloch) 723.
Haut, Immunotherapie der multiplen Staphylokokkenhautabszesse (v. Szilly) 725.
Haut, Angiomatosis (Ernst) 776.
Haut, Sarkomatose 273 — (Dubreuilh) 264, 776 — primäres multiples Riesenzellensarkom (Odstrčil) 724.
Haut, kongenitale Hautdefekte am Schädel (v. Reuß) 196.
Haut, kontagiöse Krankheiten in der Schule (Bowen) 233.
Hauteruptionen bei Kindern (Bunch) 754.
Hautreiz bei Windpocken (Feilchenfeld) 724.
Hautsinn, Einfluß der Anämie (Schmotin) 582.
Headsche Zonen bei beginnender Tuberkulose (Noeggerath und Salle) 445.
Hebammen und Säuglingssterblichkeit (Shaver) 599.
Hebammenwesen, Studien zur Geschichte (Burckhard) 862.
Hefen in der Milch und Milchproduktion (Dombrowski) 553.
Hefe, getrocknete als Futtermittel (Kellner, Weiniger und Neumann) 78.
Heilpädagogik und Fürsorgeerziehung (Major) 812.
Heipädagogische Technik und Wertarbeit (Cron) 812.
Heime (Schütze) 599 — und Krippen (Nobécourt) 738.
Heißluftbehandlung des Ekzems (Perlmann) 32, 724.
Heizung von Schulen (Reichenbach) und Brabbée) 744.
Heliotherapie (Zadro) 152 — bei chirurgischer Tuberkulose nach Rollier (Armand-Delille) 316 — der chirurgischen Tuberkulose (Hüssy) 760 — der Tuberkulose **(Rollier) 357**, 769.
Helminthiasis, meningitisförmige Syndrome (Mazzuoli) 183, 255 — beim Brustkind (Vidal) 260.
Hemiaplasie der oberen Körperhälfte (Reich) 781.
Hemiatrophia faciei (Sänger) 769 — facialis progressiva (Harbitz) 760 — des Gesichtes und der Zunge (Variot) 309.
Hemimelie (Severino) 259.
Hemiplegie, spastische (Peltesohn) 542 — spastische infantile (Mireaux) 255, 577.
Hemiplegie, infantile ohne Athetose (Touche) 771.
Hemiplegie, vasomotorische (Soucek) 694.
Hemiplegie bei Diphtherie (Burrows) 563 — postdiphtherische (Jeanneau) 572.
Hemiplegie bei Pertussis (Le Grand Kerr) 250.
Hemiplegie bei Skarlatina (Leroux) 254.
Hemiplegie bei Kopftrauma (Ferretti) 265.
Hemispasmus, kongenitaler der Lippe und Littlesche Krankheit (Variot und Benniot) 186 — erfolglose Förstersche Operation (Schaffer) 791.
Hemizellulose, Vergärung durch Kot (Cramer) 553.
Hepatitis, akute familiäre (Lhermitte) 779.
Heredität, allgemeine Vererbungslehre (Haecker) 650 — psychopathologische (Knepler) 548 — bei Tuberkulose (Landouzy und Laederich) 574.

Hermaphroditismus, familiärer (Diefenbach) 775.
Hernie (Drew) 264, 776 — (Reed) 593 — angeborene (Winkler) 596 — beim Säugling (Savariaud) 532.
Hernie, diaphragmatische (Keck) 591 — (Kühn) 778 — (Luneau) 592 — (Speyer) 782 — (Umansky) 783 — (Waelli) 783 — (Rawes) 270.
Hernia epigastrica (Brandenburg) 532.
Hernie, inguinale (Fiser) 265 — kongenitale inguinale (du Bois) 588 — inguinale (Nové-Josserand) 780 — inguinale; Appendix als Inhalt (Burty) 263 — inguinale eingeklemmte (Bourchi) 774 — inguinale eingeklemmte (de Chénerille) 591 — Behandlung der inguinalen (Campbell) 263 — Operation der inguinalen (Kollock) 267 — (Schenderowitsch) 594 — Radikaloperation freier Leistenhernien (Sengoku) 594 — inguinale; Radikaloperation (Leites) 591.
Hernie, krurale (Rocher) 271 — (Rocher und Dantin) 781.
Hernie, lumbale (Claeys) 589.
Hernie, umbilikale (Mauclaire) 268 — (Mouchet) 780 — (Ombrédanne) 780 — (Smester und Mouchet) 782 — Behandlung (Brun) 850 — Asphyxie bei Reposition (Israel) 591 — Anatomie und chirurgische Behandlung der Nabelschnurbrüche (Breuer) 588.
Hernie, eingeklemmte (Baudet) 774 — (Péraire) 270 — beim Embryo (Bonnaire und de Kervily) 262 — Einklemmung von Adnexen (Langemak) 325, 779 — uterine Adnexe in Säuglingshernien (Moschcowitz) 592 — Appendizitis im Bruchsack (Monti) 701.
Hernie, operative Behandlung von Inguinal- und Umbilikalhernien (Schenderowitsch) 594.
Hernie, Radikalbehandlung (du Pau) 268, 592.
Herpes zoster und Varizellen (Heim) 724, 760.
Herz, Physiologie und Pharmakologie der Diastole (Markwalder) 549.
Herz, Geräusche beim Kind (Sajetto) 232 — musikalisches Geräusch (Rach) 698.
Herz, Einfluß der Muskelübung (Beach) 550.
Herz, Schwäche (Plumier) 767.
Herz, Polygraph als diagnostisches Hilfsmittel (Pisek und Coffen) 183, 257, 549.
Herz, Röntgenkymographie (Gött und Rosenthal) 655.
Herz, Hypertrophie (Barthélemy) 561 — idiopathische Hypertrophie (Riebes) 581.
Herz, erworbene Herzfehler (Dynkin) 619.
Herz, Einfluß der Digitalis auf frisch entstandene Klappenfehler (Gelbart) 568 — Statistik und Ätiologie der Klappenfehler (Fatianoff) 567.
Herz, Störung der Reizleitung (Pollak und Hecht) 699.
Herz, Anasarka (Déléarde und Repellin) 366.
Herz, kardio-vaskuläre Störungen bei Nephritis (Foucault) 567.
Herz, Vaskuolisation der Muskelfasern (Dufour) 757 — Vakuolisationsvorgang der Muskelfasern bei Atrophie und Hypotrophie (Variot und Cailliau 772.
Herz, radiographische Untersuchung bei kongenitaler paroxystischer Zyanose (Variot und Morancé) 260.
Herz, Tetanie (Ibrahim) 800.
Herz, gehäuftes Auftreten von akut entzündlichen Erkrankungen (Flessa) 249, 567 — (Forell) 32.
Herz, Störungen nach schweren Infektionen (Hutinel) 252.
Herz bei Diphtherie (Bürger) 563 — atrioventrikuläre Automatie bei postdiphtherischer Herzschwäche (Hecht) 620.
Herzstörungen bei Diphtherie (Crookshank) 565.
Herz, postdiphtherische Störungen (Hecht) 198.
Herzlähmung und Hemiplegie bei Diphtherie (Burrows) 563.
Herz, Veränderungen der Muskulatur bei Diphtherie (Tanaka) 771.
Herz, Fehler, Tonsillenerkrankung und Rheumatismus (Higgs) 251.
Herz bei Skarlatina (Barre) 562 — (Lederer und Stolte) 353 — Scharlachherz (Moltschanoff) 611.

Herz, kongenitale Syphilis (Warthin) 357 — Spirochaete pallida im Herzmuskel bei kongenitaler Syphilis (Warthin, Scott und Snyder) 772.
Herz, kardio-sphygmographische Untersuchungen bei Typhus (Schlieps) 337.
Herz, Krankheiten der Schulkinder (Meyer) 743.
Herz, Mißbildungen (Fischer) 62 — (Gutmann) 777 — (Lübs) 763 — (Metzger) 269 — (Mönckeberg) 765 — (Richardière und Huber) 640 — Ectopie cordis pectoralis (Dill) 775.
Herzfehler, angeborener (Bock) 562 — kongenitaler (Duckworth) 566.
Herz, angeborener Fehler (Herdener) 570 — (Peiser) 579 — (Rosenthal) 581 — (Roth) 271 — Öffnung im Septum ventriculorum (Richardière und Huber) 183 — Elektrokardiogramm bei angeborenen Herzfehlern (Ratner) 767.
Herzblock bei Infektionskrankheiten (Cowan, Fleming und Kennedy) 311 — Bradykardie nach Diphtherie (Hecht und Sperk) 194.
Herzohren, Fibrillation (Guillaume) 844.
Heufieber, operative Behandlung (Blos) 281.
Hexamethylenamin, Ausscheidung im Mittelohr (Barton) 293 — bei Pneumokokkenempyem (Shattuck) 582.
Highmorshöhle, Entzündung bei Neugeborenen (Canestro) 263, 775.
Hilfsschule (Fuchs) 823 Bericht — 818 — in Bonn (Schmidt) 744.
Hilus, Tuberkulose (Sluka) 175, 583.
Himbeerzunge (Wladimiroff) 725.
Hinken (Savariaud) 271.
Hirn, Gewicht und Intelligenz (Walter) 818.
Hirn, Erkrankung (Butler) 263.
Hirn, endokranielle Blutung bei Neugeborenen (Simmons) 177.
Hirn, hereditäre tertiäre Syphilis (Gaucher) 265 — Erweichungsherde bei kongenitaler Syphilis (Beitzke) 562.
Hirn, Tuberkulose (Fiore) 39, 435 — (Friedjung) 199.
Hirn, Abszeß (Savariaud und Dutheillet de Lamothe) 594.
Hirn, Trauma (Weill und Dauvergne) 273, 596.
Hirn, Tumoren (Shukowsky und Baron) 847 — kongenitaler Tumor (Haushalter und Hoche) 266 — Tumor und Hydrozephalus (Comby) 849 — Trepanation bei Tumoren (Broca) 847 — Kleinhirngeschwülste (Velebil) 188.
Hirn, Mißbildungen bei menschlichen Föten (Masuda) 268 — angeborene Mißbildung der Hemispheren (Variot, Pironneau und Petit) 273.
Hirnschenkel, ungewöhnliche Läsion (Farnell und Burnett) 758.
Hirschsprungsche Krankheit, siehe auch Megakolon — (Berro) 588 — (Bugs) 588 — (Chaton) 263 — (Critchlow) 264, 589 — (Culan) 589 — (Fritz) 376 — (Hoffmann) 590 — (Rosenstiel) 594 — (Sheffield) 272 — (Silberknopf) 697 — (Sundholm 782 (Weill) 596.
Hirschsprungsche Krankheit, Behandlung (Patel) 780 — operative Behandlung (Biermanns) 588.
Histologische Untersuchungsmethoden (Schmorl) 422.
Historisches (Selter) 207.
Hitze, Einfluß auf die Säuglinge (Lesage) 239 — auf die Sterblichkeit (Liefmann und Lindemann) 155 — auf junge Hunde (Schreiber und Dorlencourt) 660.
Hoden, Tuberkulose (Vignard und Thévenot) 260, 437, 585.
Hoden, Peritheliom (Nizzi) 578.
Hoden, Ektopie (de Kervily und Branca) 778 — (Kirmisson) 591, 778.
Höhenkur bei Säuglingsekzem (Marfan) 255 — bei lymphatischen und nervösen Kindern (Christin) 247.
Hohenlychen, Freiluftschulen (Pannwitz) 449.
Hohlfuß, Ätiologie (Bibergeil) 542.
Holland, Wirkung der Kindergesetze (van der Aa) 784.
Holocardius (Streit und Wegelin) 782 — acephalus unipos (Schüler) 594.
Holoacardius paracephalus cyclops (Horwitz) 590.

Homogenisierte Milch (Variot und Lavialle) 242 — bei Atrophie und Hypertrophie (Devimeux) 237 — in den Tropen (Fisch) 554, 747 — und Barlowsche Krankheit (Jagotè-Lacoussiere) 556.
Hordeninsulfat bei Säuglingsdiarrhöe (Tomey) 242, 559.
Hörnerv und Salvarsan (Umbert) 292.
Hornhaut siehe Kornea.
Hörstörungen bei Kretinismus (Fröschels) 293.
Hörstummheit und Taubstummheit (Fröschels) 293.
Hospice I. B. Thierry in Maxéville-Nancy (Hutin) 598.
Hospitäler. Vorrichtungen zur Verhütung der Infektion (Koplik) 193.
Hospitalschulen (Badger und Hawes) 233.
Hufeisenniere, zystischer Tumor (Bockenheimer) 262.
Hüftgelenk, kongenitale Luxation (Chataing) 263 — (Le Damany) 775 — (Derscheid-Delcourt) 775 — (Guillaume) 273 — (Hayashi und Matsuoka) 777 — (Monnier) 780 — (Ombrédanne) 269 — (Péraire) 781 — (Reblaud) 781 — (Roederer) 781 — (Savariaud) 272, 781 — (Vulpius) 783 — (Zinsser) 784 — (Landwehr) 779.
Hüftgelenk, kongenitale doppelseitige Luxation (Vitrac) 273 — Subluxation und Luxation (Benoit) 262.
Hüftgelenk, Diagnose der kongenitalen Luxation (Broca) 263 — der Erkrankung (Ludloff) 445 — kongenitale Luxation und Deformitäten des oberen Femurendes (Egloff) 589 — Röntgenuntersuchungen bei kongenitaler Luxation (Saiget) 271 — Radiographie der kongenitalen Luxation (Caubet) 263.
Hüftgelenk, Behandlung der kongenitalen Luxation (Joachimsthal) 539 — (Sarantis-Papadopoulos) 271 — (Simpson) 272 — unblutige Behandlung der Luxation (Barbarin) 262 — (Judet) 267 — (Mayet) 268 — (Péraire und Mayet) 270 — (Redard) 593.
Hüftgelenk, chirurgische Erkrankung (Ray) 270.
Hüftgelenk, entzündliche Luxation (Bahr) 587.
Hüftgelenk, pathologische Luxation nach Scharlach (Schlaaff) 594.
Hüftgelenk, traumatische Luxation (Curtillet und Lombard) 264.
Hüftgelenk, Behandlung des paralytischen (Mencière) 269.
Hüftgelenk, Coxa-vara-Bildung nach Luxation) Preiser) 270, 323.
Hüftschaukelsitz bei Lumbalskoliose und Lumballordose (Hohmann) 318.
Humerus, periostales Sarkom (Amaudrut) 587.
Humerus, Fraktur (Rocher) 594 — (Trèves) 595.
Humerus varus cretinosus (Bircher) 788.
Hundstollwut, Kasuistik (Maßloff) 636.
Hunger im Säuglingsalter (Rosenstern) 544 — Einfluß auf den Säuglingsorganismus (Langstein und Benfey) 556 — Bedeutung bei Ernährungsstörungen (Czerny) 160.
Hungernde Kinder (Pfaundler) 51, 643.
Husten und Keuchhusten (Lesage und Collin) 346.
Hydramnios (Bonnet-Laborderie) 746 — (Turnbull) 595.
Hydrocele und Phimose (Peiser) 325.
Hydrocephalus (Davies) 565 — (Glüh) 777 — (Pakuscher) 579 — (Sahli) 781 — kongenitaler (Teske) 584.
Hydrocephalus internus (Pussep) 226.
Hydrocepbalus und angeborener Katarakt (Ginestous und Campana) 250.
Hydrocephalus und Syphilis (Knöpfelmacher und Schwalbe) 40, 724.
Hydrocephalus und Turmschädel (Schumacher) 782.
Hydrocephalus durch Hirntumor (Comby) 849.
Hydrocephalus, Wassermannsche Beaktion (Allaria) 561.
Hydrocephalus, Urotropinsekretion und Resorption im Liquor cerebrospinalis **(Weinrich) 38.**
Hydrocephalus, statistische Zusammenstellung im Kinderspital Zürich (Kogan) 573.

Hydroencephalozele (Degorce und Monzels) 264 — Radikalbehandlung (Chiavellati) 264.
Hydrolyse von Kasein (Osborne und Guest) 80.
Hydronephrose, kongenitale (Eisendraht) 265 — doppelseitige (Schröter) 594 — durch Stenose des Ureter (Rendu) 270.
Hydrophthalmus, kongenitaler (Spielberg) 3, 782 — (Stimmel und Rotter) 782.
Hydrops, angeborener allgemeiner (Fischer) 776 — fötaler (v. Pieverling) 781 — universalis beim Fötus (Teuffel) 272.
Hydrotherapie beim Säugling (Haussen) 231 — beim Kind (Lesné) 232.
Hygiene, Grundzüge (Praußnitz) 147.
Hygiene des ersten Kindesalters (Mc Allister) 784 — des Kindesalters (Delcourt) 784 — und Erziehung (Gombert) 551.
Hygiene der Kinder in Rußland (Denys) 231.
Hyperästhesie bei Lungentuberkulose (Bacsoul) 562.
Hyperdaktylie, embryologische und anatomische Beiträge (Kaufmann-Wolf) 591.
Hyperplasie der lymphatischen Apparate (Kahn) 573.
Hyperthermie, rektale **(Moro) 430.**
Hyperthyroidismus, Erzeugung bei Säugetieren und Vögeln (Carlson und Mc Kie) 258.
Hypertrichosis und Spina bifida occulta (Ebstein) 265, 589, 776, 806.
Hypertrophie, kongenitale partielle (Million) 780.
Hypertrophie, Behandlung mit überhitzter und homogenisierter Milch (Devimeux) 237, 747.
Hypnotische Suggestion, Anästhesie (Gulliver) 266.
Hypophyse cerebri (Sikemeier) 583.
Hypophyse, laryngeale (Citelli) 280.
Hypophyse, Tumor mit Wachstumshemmung (Burnier) 588.
Hypophyse und Adipositas (Grahaud) 569 — Adipositas (Neurath) 788.
Hypophyse in Zusammenhang mit Infantilismus (Soulques) 583 — (Hewlett) 180 — Tumor und Infantilismus (Zani und Del Lago) 784.
Hypophyse, therapeutische Verwendung bei Rachitis (Klotz) 666.
Hypoplasie von Knochenkernen (Preiser) 270.
Hypoplasie der Skapula (Weckbecker) 595.
Hypospadie (Marion) 779 — (Meyer) 850 — des Penis (Ombrédanne) 269 — peno-scrotale (Routte) 271.
Hypothermie bei Epilepsie (Olivier und Boidard) 800.
Hypothyreoidismus und Dysthyreoidismus (Concetti) 76.
Hypothyreotische Konstitution (Wieland) 615.
Hypotrichosis congenita (Buschke) 246, 563.
Hypotrophie, Einfluß auf die Entwicklung von Infektionskrankheiten (Carianopol) 746.
Hysterie (Juarros und Del Diestro) 252 — (Pietrkowski) 579.
Hysterie, Astasie (Nizzoli) 765.
Hysterie, Koxitis (Broca) 263.
Hysterie und Epilepsie (Binswanger) 562 — (Catanei) 564.
Hysterie, Mutismus (Fröschels) 195.
Hysterie, Paralyse des Larynx (Iribarne) 252.
Hysterie, Chorea rythmica hysterica infantum (Popoff) 226.

Japan, Schulhygiene (Franke 742.
Ichthyol bei Keuchhusten (Naamé) 346.
Ichthyosis congenita (Glaser) 569 — atypische Fälle (Bruhns) 723.
Idioten- und Epileptikeranstalt in Alsterdorf (Kellner) 230,
Idiotie, amaurotische (Turner) 585, 771 — (Dutoit) 793 — (Ingelrans) 252 — (Kowarski) 470 — (Smith) 583.
Idiotie, mongolische (Hutinel) 252 — (Hintze) 571.
Idiotia thymica (Vogt) 788.
Idiotie, Behandlung (Seguin) 230 — pädagogische Behandlung (Legel) 762.
Idiotie, nosologische Abgrenzung (Schultheis) 582.
Idiotie, Sterotypien und sonstige katatonische Erscheinungen (Plaskuda) 818.

Idiotie mit angeborener Kernaplasie (Welde) 846
Idiotie und Syphilis (Brückner und Clemenz) 818 — (Kröber) 818.
Idiotie, statistische Zusammenstellung im Kinderspital Zürich (Kogan) 573.
Idiosynkrasie der Säuglinge gegen Kuhmilch (Halberstadt) 77.
Ikterus, Pathogenese (Sterling) 583 — (Wipphle und King) 586.
Ikterus, angeborener (Merklen) 576.
Ikterus, hämolytischer kongenitaler (Chauffard) 775 — (Guizzetti) 748 — hämolytischer (de Bruin) 754.
Ikterus neonatorum (Morize) 240, 577 — (Heimann) 570, 748 — Pathogenese (Pacchioni) 749 — gravis neonatorum, ikterische Zellen im Blut (Neukirch) 578, 749 — neonatorum, Untersuchung mittels Duodenalkatheters (Heß) 612.
Ikterus, habitueller familiärer, der Neugeborenen (Rehn) 31.
Ikterus gravis (Rehn) 63.
Ikterus catarrhalis (Cambell) 246 — (Holderness) 251 — Pathogenese (Neugebauer) 180 — epidemisches Auftreten (Poignard) 308 — in epidemischer Form (Pinniger) 579.
Ikterus, chronischer (Guthrie) 760.
Ikterus, infektiöser (Abrami) 560.
Ikterus, nervöser (Merklen) 255.
Ikterus, rezidivierender (Guthrie) 251.
Ikterus bei rezidivierendem Erbrechen (Abramowitch) 560.
Ikterus bei hereditärer Syphilis (Rosenberg) 534, 725.
Ikterus, infektiöser bei Typhus (Guinon und Gendron) 570.
Ikterus bei Paratyphus (Guinon) 570.
Ikterus und Zystitis (Rach und v. Reuß) 699.
Ikterus, infektiöse familiäre Epidemie (Merklen) 255.
Ikterus durch Mißbildung der Gallengänge (Morquio) 765.
Ikterus, Schweizer Statistik (Mer) 598.
Ileum, Adenom (Kakels) 267 — Sarkom (Dulitzky) 642 — Lymphosarkom (Saccone) 594 — kongenitaler zystischer Tumor (Longyear) 268.
Ileum, kongenitale Stenose (van der Bogert) 588.
Ileus durch Entzündung eines Meckelschen Divertikels (Metman) 848.
Imbezillität (Großmann) 250.
Immunisierung auf gastrischem Wege (Sivori und Costantini) 770 — lokale der Haut nach Wassermann (Beck) 723.
Immunisierung, aktive antidiphtherische (Blumenau) 344.
Immunisierung, passive gegen Pocken (Camus) 688.
Immunisierung gegen Tuberkulose, (Pawlowsky) 348.
Immunisierung gegen Typhus (Courmont und Rochaix) 565.
Immunität und Tuberkulose (van Calvar) 427 — bei Tuberkulose (Pottenger) 454.
Immunität der Säuglinge gegen akute Exantheme und Infektionskrankheiten (Variot) 260.
Immunodiagnostik und Immunotherapie (Citron) 649.
Immunotherapie bei Scharlach (Jochmann) 466, 530 — (Otto) 578.
Immunotherapie der multiplen Staphylokokkenhautabszesse (v. Szily) 725.
Immunsera, Wirkung bei Pneumokokkeninfektion (Wadsworth) 463.
Impetigo, Ätiologie (Pick) 32, 725.
Impetigo contagiosa, Klinik und Ätiologie (Dohi) 723.
Impetiginöses Exanthem und akute Nephritis (Halberstadt) 724.
Inanition, Bedeutung bei Ernährungsstörungen (Czerny) 160.
Indien, Kinderschutz (Walsh) 276.
Infantilismus (Apert und Bouillard) 752 — (de Biehler) 220 — (Kramsztyk) 852 — (Magdinier) 576 — (Mathes) 764 — (Pförringer) 767 — (Souques) 770 — (Weber) 772.
Infantilismus, Entwicklungsanomalie (Wolff) 587, 663.
Infantilismus, Pathogenese (Pende) 579 — klinischer Begriff und Pathogenese (Pende) 661
Infantilismus, intestinaler (Freeman) 27 — (Mac Crudden) 160.

Infantilismus, renaler (Miller und Parsons) 474, 765.
Infantilismus hypophysären Ursprungs (Soulques) 583 — bei Hypophysenerkrankung (Hewlett) 180 — infolge Hypophysentumor (Zani und Del Lago) 784.
Infantilismus bei Hanotscher Cirrhose (Pagliano und de Luna) 578, 766.
Infantilismus mit chronischer interstitieller Nephritis (Parsons) 256, 579.
Infantilismus und Zwergwuchs (Mallinckrodt) 576.
Infantilismus, Diffenrentialdiagnose gegenüber essentieller familiärer Makrosomie (Levi) 788.
Infantilismus, Opotherapie mit Drüsen innerer Sekretion (Dupuy) 248.
Infantilismus, Trichobezoar des Magens (Hüttenbach) 615.
Infektion, Hausinfektionen in Kinderkrankenhäusern (Georgiewsky) 223 — Verhütung und Bekämpfung in geschlossenen Säuglingsanstalten (Cassel) 274 — in den Kinderhospitälern (Koplik) 193, 598 — Bettisolierung (Rundle und Burton) 769.
Infektionskrankheiten (Herrman) 839 — (Segi) 582 — Differentialdiagnose (Tomson) 771.
Infektionskrankheiten, Übertragung (Bonnaire) 563.
Infektion, Übertragung durch Insekten (Schuberg und Kuhn) 528 — Berührungsinfektion (Hodges) 166.
Infektionskrankheiten, Kontaktinfektion (van Hedges) 760.
Infektionskrankheiten Immunität der Säuglinge (Variot) 260.
Infektionskrankheiten Verhütung (Haynes) 165. 760 — Prophylaxe durch animale Vakzine (Dubousquet-Laborderie und Barthélemy) 757.
Infektionskrankheiten und Schule (Hoag und Hall) 551 — (Toledano) 235 — (Davezac) 233 — Prophylaxe in den französischen Schulen (Ott) 235.
Infektionskrankheiten, Desinfektion der Transportwagen (Leroux) 762.
Infektionskrankheiten, Herzblock (Cowan, Fleming und Kennedy) 311 — Beeinflussung chronischer Erkrankungen durch interkurrente Infektionskrankheiten (Gerhardt) 840 — Einfluß von Atrophie und Hypotrophie (Carianopol) 746 — Degeneration der Nebennieren und Drüsen (Ribadeau-Dumas und Harvier) 581 — Meningitis und Enzephalitis (Ozeki) 578.
Infektionskrankheiten, Hautreaktion (Bruyant) 563 — Tuberkulinreaktion (Moltschanoff) 223, 310.
Infektionskrankheiten, Arzneibehandlung (Skutetzky) 770.
Infiltration nach akuten Infektionen (Baumgarten) 562.
Influenza (Blum) 562 — (Risel) 581 — bei Kindern (Schwarz) 582.
Influenza, eitrige Arthritis des Kniegelenkes (Fraser) 350.
Influenza, Meningitis (Flexner) 350, 567 — (Wollstein) 350 — (Pisek) 580 — (Simon) 350.
Influenza, Neuritis optica infectiosa (Dutoit) 566, 757.
Influenza, Ohr-, Nase- und Rachenkomplikationen (Oppenheimer) 578.
Influenza, Ätiologie und Pathologie (Jundell) 572 — tierpathogene Bazillen (Prasek und Jatelli) 350.
Influenza, rektale Anwendung der Salizylate (Beatty) 753.
Infusion von Salzlösungen (Carruthers) 237.
Inguinale Cystozele (Matringhem) 268.
Inguinalhernie (Fiser) 265 — (du Bois) 588 — (Nové-Josserand) 780 — (Bourchi) 774 — (de Chénerille) 591 — Behandlung (Campbell) 263 — Operation (Kollock) 267 — (Schenderowitsch) 594 — Radikaloperation (Sengoku) 594.
Inguinalhernie, Appendix als Inhalt (Burty) 263.
Inhalation bei Lungentuberkulose (Muthu) 454.
Inhalationstherapie (Safranek) 281.
Institut de puériculture (Variot) 785.
Insufflationsmethode zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener (Plauchu) 176.

Intelligenzprüfung (Potts) 744 (Sommer) 741 — Prüfungen nach Binet und Simon (Bobertag) 807 — psychologische Methode Binet und Simon (Wysman und Schreuder) 808 — Prüfung bei abnormen und zurückgebliebenen Kindern (Descoeudres) 248.
Intelligenz und Kopfumfang (Altschul) 807 — (Bayerthal) 811 — (van Biervliet) 811 — (Büttner) 811.
Intelligenz und Gehirngewicht (Walter) 818.
Intelligenz und zerebrale Paralyse (Borchardt) 563, 754.
Intestinaler Infantilismus (Mac Crudden) 160, 305 — endogener und exogener Stoffwechsel (Crudden und Fales) 306.
Intestinale Myiasis, (Cockayne) 365.
Intoxikationen, Reaktion des Blutserums bei alimentären (Salge) 214.
Intrakutane Reaktion (Bauer) 197.
Intubation (de Michelis) 856 — bei katarrhalischer Laryngitis (Ullom) 33 — bei akuten Larynxstenosen (Citelli) 280 — und Diphtherieheilserum (Bedford) 562.
Intubationsapparat nach Moro (Veau) 688.
Jod, Tinktur (Sill) 272. — Behandlung der Tuberkulose (Hotz) 630 — Tinktur bei Infektionen und entzündlichen Prozessen (Sill) 16 — bei Variola (Rockhill) 768 — tödliche Vergiftung nach Desinfektion der Haut mit Jodtinktur (Devèze) 248.
Jodmethylenblau, Erfolge bei Lungentuberkulose (Meissen)) 674 — bei chirurgischer Tuberkulose (Strauß) 674.
Jodoformintoxikationen nach Operationen am Ohr (Hirsch) 293.
Joghurt-Trockenpräparate (Hohenadel) 748.
Ionenlehre, angewandte (Buchner) 739.
Jontophorese bei subkutaner Entzündung (Molenaar) 577.
Irideremia totalis congenita (Stupel) 584.
Irido-Chorioiditis nach Gastro-Enteritis (Villard) 273.
Iris, atypische Kolobome (Rößler) 3 — Pseudotumor (Ginsberg u. Cohn) 776.
Irresein, epileptisches (Hinrichsen) 571.
Isolierung, Wichtigkeit der Ventilation (Lesage) 492 — individuelle für Säuglingspflege (Chatin) 597 — bei Infektionskrankheiten (Rendall und Burton) 624.
Jugendwanderung und Jugendkraft (Roeder und Wienecke) 419.
Juvenilismus (Apert und Bouillard) 752.

Kahlersche Krankheit (Conti) 565.
Kala-azar, Behandlung mit Salvarsan (Caryophyllis und Sotiriades) 246 — (Nicolle) 256 — (Nicolle, Cortesi und Lévy) 256 — Stoffwechsel (Scordo) 258 — in Griechenland (Lignos) 763 — im Sudan (Marshall) 764 — in Tunis (Lévy und Cortesi) 254.
Kalbinnen, Milchdrüsensekretion jungfräulicher (Müller) 80.
Kali-chlorikum-Vergiftung (Grünfelder) 570.
Kalifornien, Poliomyelitis (Gundrum) 759.
Kalk, Gehalt der Organe (Provinciali) 558.
Kalk, Gehalt der Frauenmilch (Ramacci) 81 — (Schabad) 82.
Kalk, Stoffwechsel (Aschenheim) 392 — des gesunden Kindes **(Schabad) 63** — bei wachsenden Schweinen (Weiser) 751 — Umsatz im Dickdarm **(Blühdorn) 68** — Stoffwechsel bei Obstipation und Durchfall (Krone) 743 — Einfluß der Thyreoidea (Parhou) 743.
Kalk, Stoffwechsel bei Rachitis **(Schabad) 63** — bei Tetanie (Schwarz und Bass) 164 — (Haskins und Gerstenberger) 555.
Kalk, Stoffwechsel bei künstlicher Ernährung (Niemann) 304 — bei knapper und reichlicher Ernährung mit Kuhmilch (Wolff) 462 — Resorption bei pasteurisierter und sterilisierter Milch (Zimmer) 560.
Kalk, Kalziumchlorid (Bonnamour und Imbeut) 552.

Kalkodat bei der Konservierung von Frauenmilch (Mayerhofer und Pribram) 80.
Kalkphosphatpräparate, Assimilation und Verwertung (Draeger) 553.
Kalorienbedarf frühgeborener Kinder (Heß) 21.
Kalorienbestimmung, einfache Berechnungsmethode (Fraley) 238.
Kaloriengehalt von Percenticmischungen (Fraley) 554 — verschiedener Nahrungsmittel (Farr) 238, 554.
Kalorimetrie, direkte (Variot und Lavialle) 751.
Kalorimetrische Untersuchungen bei intestinalem Infantilismus (Crudden u. Fales) 306.
Kampfer, schädliche Wirkungen (Happich) 152.
Kampferöl bei der Behandlung der Lungentuberkulose (Hamant) 454.
Kapillarerscheinungen in der Milch (Kreidl und Lenk) 239.
Kapillar- und Adsorptionserscheinungen der Milch (Kreidl und Lenk) 79.
Karbenzym bei tuberkulösen Affektionen (Zur Werth) 455.
Karbolsäurebehandlung der Knochen- und Gelenkstuberkulose (Strauß) 455.
Kardiospasmus (Morgan) 256.
Kardiotuberkulöse Cirrhose (Aguna) 752 — (Mitra) 255.
Karies, zirkuläre der Milchzähne (Kiendl) 445.
Kasein (Robertson) 81 — (Tiebackx) 84.
Kasein, Schwerverdaulichkeit des Kuhmilchkaseins (Benjamin) 388 — Verhalten des Dünndarmsaftes (Brugsch und Masuda) 75 — tryptische Verdauung (Siegfried und Lindner) 83 — und peptische Spaltung (Hösl) 555.
Kasein, Hydrolyse (Osborne und Guest) 80.
Kasein, Bindung der Milchsäure (van Dam) 76.
Kasein, hohe Prozentsätze in der Säuglingsernährung (Morse) 20 — Kasein-angereicherte Kuhmilch (Heim und John) 210.
Kaseingerinnsel im Säuglingsstuhl (Courtney) 163 — (Talbot) 83 — (Ibrahim) 78 — (Monrad) 80.
Kasein, Nachweis in den Kaseinbröckeln des Säuglingsstuhls (Uffenheimer und Takeno) 84.
Kaseinphosphor, biologische Bedeutung für den wachsenden Organismus (Lipschütz) 79 — Bedeutung für den wachsenden Organismus (Lipschütz) 217.
Käsereifung (Nierenstein) 80.
Katalase (Grimmer) 77 — (Kooper) 79 — Probe (Koestler) 79 — (Kuntze) 79 — Prüfer (Hesse) 78 — Bestimmung (Laxa) 79 — Bestimmung in der Milch (Jäggi und Thomann) 78.
Katarakt, kongenitaler (Gilbert) 2 — beiderseitiger kongenitaler (Bergmeister) 774 — angeborener Totalstar (Gilbert) 759 — kongenitaler und Hydrozephalus (Ginestous und Campana) 250.
Katarakt, Entstehung von angeborenen Staren (Pagenstecher) 766 — experimentelle Erzeugung (Pagenstecher) 2 — Behandlung des angeborenen Schichtstars (Kuhnt) 2.
Kauen, unvollständiges als Ursache von Ernährungsstörungen (Coignat) 237.
Kaverne beim Säugling (Buddy) 563.
Kavernom, angeborenes multiples (Peterssen) 579.
Kefir, alkalisierter bei Ernährungsstörungen **(Peiser) 175** — und Yoghurt (Hohenadel) 78.
Keilbeinentzündung und Sehstörungen (Kleyn) 281.
Keimdrüse, Wirkung auf die Milchsekretion (Aschner und Grigoriu) 74, 656.
Keratitis, Quecksilberbehandlung bei heredo-syphilitischer (Fromaget) 249 — und fettige Entartung der Kornea (Attias) 1.
Keratokonjunktivitis, ekzematöse (Colombe) 1, 435.
Keratoma diffusum universale (Glaser) 569.
Kernaplasie (Sterzing) 583 — angeborene mit Idiotie (Welde) 846.
Kiefer, Tuberkulose der Mundschleimhaut und des Unterkiefers nach Zahnextraktion (Ehrhardt) 348, 435.
Kieferhöhle, Eiterung (Manasse) 282.
Kiefernekrose, merkurielle (Rocher) 768.

Kiemengangseiterung (Küll) 280.
Kieselsäure, Übergang in die Milch beim Sterilisieren in Glasflaschen (Schulz) 20.
Kinderabteilungen in allgemeinen Spitälern (Bell) 596.
Kinderarzt und Kinderzahnarzt (Mayrhofer) 17.
Kinderforschung (Macmillan) 549.
Kinderheilkunde (Terrien) 233 — Hygiene und Kinderschutz (Deutsch) 512.
Kinderklinik in München (v. Pfaundler) 146.
Kinderkrankenhäuser (Northrup) 598.
Kinderkrankheiten (Wood) 773 — und ihre Behandlung (Baumgarten) 709.
Kindermilch (Bernstein) 75.
Kinderschutz (Engel) 418.
Kinesitherapie bei Kinderlähmung (Graveline) 569.
Kleinhirn siehe Cerebellum.
Kleinkinder, Fürsorge (Hoffa) 598.
Klima, Einfluß auf Lungentuberkulose (Wolff) 455.
Kloake (Pauchet) 780.
Klumpfuß (Voron u. Gravier) 783 — (Walther) 783 — angeborener (Billington) 262 — (Hendrix) 266 — (Kelerworm) 591 — (Savariaud) 272.
Klumpfuß, Behandlung (Blondel) 262 — (Lamy) 268 — (Moeller fils) 780 — (Mutel) 269 — (Redard) 270 — (Sainton) 271 — (Savariaud) 781 — (Judet) 267.
Klumpfuß, Verbandtechnik (Mayer) 779.
Klumpfuß, operative Behandlung (Guradze) 206 — (Vulpius) 324 — Spätresultate der Talusoperation (Zander) 273.
Knabengeburtenüberschuß (Jendrassik) 232.
Knie, doppeltes (Rocher) 594 — tanzendes bei Poliomyelitis (Quénu) 270.
Knie, Ankylose (Morigny) 592 — Subluxation beim Neugeborenen (Berny) 262.
Kniegelenk, kongenitale Erkrankung (Rocher) 271 — Luxation (Kuh) 267.
Kniegelenk, eitrige Arthritis bei Influenza (Fraser) 350.
Kniegelenk, Resektion (Tridon) 273.
Kniegelenk, Tuberkulose (Chapuis) 564.
Knochen, Wachstum (Follasson) 548 — periostale Ossifikation (Retterer und Lelièvre) 549 — Störungen in der periostalen und endochondralen Knochenbildung (Joachimsthal) 320 — künstliche Steigerung des Wachstums (Heeger) 548.
Knochen, Einfluß der Sonnenstrahlen auf die Knochenentwicklung bei Rachitis (Raczynski) 510.
Knochen Veränderungen bei Barlowscher Krankheit (Nobécourt) 491.
Knochen, Meningokokkenerkrankung (Uhlmann) 771.
Knochen, Pneumokokkenerkrankungen (Uhlmann) 595.
Knochen, Syphilis (Fitzwilliams) 758 — kongenitale im Röntgenbilde (Fränkel) 221 — hereditaria tarda der langen Knochen (Bénazet) 245.
Knochen- und Gelenktuberkulose, Differentialdiagnose von angeborener Syphilis (Cumston) 247.
Knochen, Tuberkulose, Behandlung (Delay) 680 — und Halsdrüsen, Röntgenbehandlung (Rafalowski) 454, 593 — Radiographie und Diagnose der Gelenktuberkulose (Ménard) 255 — Karbolsäurebehandlung der Knochen- und Gelenkstuberkulose (Strauß) 455.
Knochentuberkulose, Fürsorge der Stadt Paris für Kinder mit Knochen- und Gelenkstuberkulose (Joachimsthal) 454.
Knochenfragilität (Derscheid-Delcourt) 775.
Knochenkerne, Hypoplasie (Preiser) 270.
Knochenmark, Lezithingehalt (Bolle) 548 — Gewebsentwicklung im Nierenhilusgewebe bei Anaemia splenica (Tanaka) 613, 771 — primäre und sekundäre Tumoren (Roman) 50, 781.
Knochenplastik der Unterlippe bei kongenitalem Fazialisdefekt (Löwem) 268.
Knochentrauma (Kirmisson) 778.

Kochsalz, Stoffwechsel (Bittorf) 735 — (Cohnheim, Kreglinger, Tobler und Weber) 746 — (Tuteur) 559.
Kochsalz, Ausscheidung bei Nephritis (Manshardt) 576.
Kochsalz, Schutzwirkung wiederholter Kochsalzgaben gegenüber Anaphylaxie (Friedberger und Langer) 822 — (Langer) 832.
Kochsalzarme Diät (Hanssen) 748 — und kochsalzreiche Nahrung bei Epilepsie (Joedicke) 800.
Kochsalzfieber **(Bendix und Bergmann) 387** — (Helmholz) 555 — (Katzenellenbogen) 608 — **(Samelson) 125,** 363 — (Stuber) 242 — Stoffwechsel bei experimentellem (Freund und Grafe) 554.
Kochsalzinjektion, subkonjunktivale (Stucken) 584 — bei epidemischer Diarrhöe (Waller und Walker) 243.
Kochsalzlösung (Schoute) 734 — Ausscheidung subkutan eingeführter (Toisianz) 559.
Kohlehydrate, Physiologie und Pathologie der Verdauung (Morse und Talbot) 240 — Gebrauch und Mißbrauch (Grulee) 555 — Polykohlehydrate in der Säuglingsernährung (Brady) 658 — Stoffwechseluntersuchungen (Klotz) 161 — Einwirkung von Bakterium coli und von Darmbakterien auf Kohlehydrate (Schmidt) 82.
Kohlehydratkuren bei Diabetes (Rosenfeld) 736.
Kohlenoxyd, Vergiftung (Nicloux und Balthazar) 765.
Kohlenoxyd, Übergang von der Mutter aufs Kind (Nicloux) 741.
Kohlenpulver in den Lungen (Pollini) 767.
Kokain, Ersatzmittel (Ruprecht) 281.
Kolibazillen in der Zerebrospinalflüssigkeit bei Meningitis (Pearsons) 766.
Kolitis, akute (Hutinel und Nobécourt) 748 — chronische (Bell u. Le Wald) 745.
Kolloidchemische Studien an der Milch (Wiegner) 84, 751.
Kolloidkoagulation, ultramikroskopische Untersuchung (Wiegner) 84.
Kolobom der Aderhaut und Netzhaut mit Aplasie des Sehnerven (Meissner) 2.
Kolon, Irrigation (Machell) 240 — entzündliche Erkrankungen (Webb) 641 — Mißbildungen (Mauclaire) 268 — Dilatation (Parkinson) 270 — (Rees) 593 — (Yoshida) 596.
Kolostrum (Berka) 552 — (Birk) 75 — (Buss, Berberich u. Berg) 746.
Kolostrum, biologische Eigenschaften (Sassenhagen) 558 — bakteritide Eigenschaften (Bub) 552.
Kolostrum, Fett (Engel u. Bode) 76.
Kolostrum, Schardingersche Reaktion (Reinhardt u. Seibold) 81.
Kolostrum, menschliches (Berka) 74 — (Engel und Dennemark) 747 — Beziehungen zwischen Milch, Kolostrum und Blutserum des Rindes (Graetz) 77.
Komedonen (Harries) 572.
Komplementablenkung durch das Serum gesunder Diphtheriebazillenträger (Cathoire) 246 — gegen Echinokokkus (Hertz) 636 — bei Scharlach (Kolmer) 573.
Komplementbindungsreaktion bei Variolois und Variola vera (Kryloff) 253.
Komplikationen bei Diphtherie (Carpenter) 246.
Kondensierte Milch (Ausset) 732.
Kondylom, spitzes (Leiner) 194.
Kongreß, Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde in Münster 377.
Kongreß, internationaler für Pediatrie in Paris 476. — IX. internationale Tuberkulosekonferenz in Brüssel 427.
Konstitution, lymphatische (Unterberger) 772 — psychopathische und Erziehung (Binswanger) 562 — und Thoraxformen (Treidtel) 550.
Konstitutionslehre (Hein) 435.
Konvulsionen (Pritchard) 257 — Lumbalpunktion (Noguiès) 578 — bei Epilepsie (Piguero) 767.
Kopfschmerz (Weill) 261 — Semiologie der kindlichen (Périer) 579, 766.
Kopfumfang und Intelligenz (Bayerthal) 811 — (van Biervliet) 811 — (Büttner) 811.

Koplikscbe Flecke (de Biehler) 856 — und Masern (Bing) 245 — bei Parotitis epidemica (Weill und Gardère) 586.
Koprologie (Falquel) 554 — (Lévy) 556.
Kornea plana (Rübel) 781.
Kornea, senkrecht ovale bei hereditärer Syphilis (Rübel) 3, 258.
Kornea, Antikörper (Zade) 654.
Kornea, angeborenes Leukom (Armaillac) 561.
Kornea, Trübung (Steiger) 3 — kongenitale Trübung (Peters) 2 — angeborene Trübung (Seefelder) 3, 769 — (Wittmer) 773.
Kornea, Membrana pupillaris persistens (Seefelder) 2.
Kornea, fettige Entartung bei Säuglingskeratitis (Attias) 1.
Koronararterie, Aneurysma (Salusbury Trevor) 594.
Körpergewicht beim Säugling (Betta) 552 — von über 4000 g bei der Geburt (Hassanié-Dschalaljanz) 548 — Verdoppelung bei neugeborenen Tieren (Glasewald) 554 — Schwankungen bei Neugeborenen (Heidermann) 555 — und Körperlänge beim Neugeborenen (Cadre) 552.
Körpergewicht schwachsinniger Kinder (Goddard) 740 — bei englischen Schulkindern (Tuxford und Glegg) 236.
Körpergewicht bei Nephritis (Isserliss-Schwartz) 572.
Körpergewichtskurven (Fiévez) 735, 747.
Körperlänge (Hubert) 555 — Breslauer Schulkinder (Cohn) 742 — als Maßstab für die normale Entwicklung der Schulkinder (Cohn) 742.
Körpermessungen (Ascher) 411.
Körperpflege des Kindes (Dumstrey) 650.
Körpervolumen und spezifisches Gewicht (Kastner) 22 — Bestimmung am lebenden Säugling (v. Pfaundler) 22.
Korsett (Baus) 588.
Kraniektomie 586 — bei Mikrozephalie (Duran) 265.
Kraniopagus frontalis (Warschauer) 595.
Kraniotabes (Lesage und Cléret) 762 — (Silve) 259 — und Syphilis (Roux) 31.
Krankenversicherung und Mutter- und Säuglingsschutz (Moll) 598.
Krankheit und soziale Lage (Mosse und Tugendreich) 860.
Krankheitsanlagen, kindliche (Pfaundler) 364.
Krankheitsbereitschaften (Duckworth) 566.
Krämpfe (Stöltzner) 226 — bei Neugeborenen (Stamm) 637.
Krampfneigungen während u. nach Enzephalitis (Lucas und Southard) 186.
Kreatin, Ausnutzung beim Kind (Folin und Denis) 363 — Ausscheidung im Kindesalter (Rose) 241 — im Harn von Kindern (Follin und Denis) 554 — Einfluß von fett- und kohlehydratreicher Nahrung auf die Ausscheidung bei Kretinismus (Mac Crudden) 553 — Ausscheidung und zyklisches Erbrechen (Mellanby) 557.
Kreatinin, Ausscheidung bei intestinalem Infantilismus (Crudden) 305.
Kretinismus (Bircher) 788 — (Finkbeiner) 639.
Kretinismus, sporadischer (Isaakianz) 572.
Kretinismus, Körperproportionen (Flinker) 788.
Kretinismus, Kontaktinfektion (Flinker) 788.
Kretinismus, Hör- und Sprachstörungen (Fröschels) 293, 568.
Kretinismus, Einfluß von fett- und kohlehydratreicher Nahrung auf die Ausscheidung von Kreatin (Mac Crudden) 553.
Kretinismus, pathologische Anatomie (Zieleniewska-Stéfanoff) 587 — Hirnveränderung (Weygandt) 788.
Kretinismus, Frühreife der Haustiere (Bormann) 563.
Kretinismus, Neandertalmerkmale (Finkbeiner) 46 — (Bircher) 371.
Kretinismus, Behandlung (Anderl) 561.
Kriminalität des Kindesalters (Mönkemöller) 812 — der Jugendlichen (Moreau) 598.
Krippen (Schütze) 599 — Säuglingsernährung (Dauchez) 746 — und Heime (Nobécourt) 738.
Krupp, bakteriologische Untersuchung (Collet) 247.

Krupp, falscher (Bourgeois) 245.
Krüppelfürsorge (Legel) 785 — (Mac Murtrie) 275, 598.
Krurale Hernie (Rocher) 271.
Kryptophthalmus (Ginzberg) 2, 777.
Kryptorchismus, chirurgische Behandlung (Epstein) 589.
Kubitaldrüsen bei hereditärer Lues (Goldreich) 529, 705.
Kühlbett (Heß) 748.
Kühlhaltung der Säuglingsmilch (Klinik) 239.
Kuhmilchkasein in Säuglingsstühlen (Bauer) 74.
Kuhprüfvereine (Martiny) 80.
Kumiss (Rubinsky) 82.
Kupfer, Ausscheidung in der Milch (Titze und Wedemann) 84.
Kupferpräparate, Erfolge bei chirurgischer Tuberkulose (Strauß) 674 — bei Lungentuberkulose (Meissen) 674.

Lab, Wirkung (Bräuler) 552 — (Couvreur) 76 — Chemismus der Wirkung (Allemann und Müller) 73.
Lab, chemischer Vorgang bei der Milchgerinnung (Bang) 74, 236.
Lab, Nichtgerinnen der gekochten Milch (Rumpen) 750.
Lab, spezifische Hemmung der Wirkung (Hedin) 78.
Lab, Verhalten steriler und gekochter Milch (Kreidl und Lenk) 79.
Lab, Stärkebestimmung (Koestler) 79.
Lab, Einfluß der Zubereitung auf die Verlabbarkeit der Milch (Noeggerath) 390.
Lab, Technik der Labhemmprobe (Schern) 82.
Lab, Zymogen des Kalbsmagens (Hedin) 78.
Lab und Pepsin (Cohnheim) 75 — und Pepsin (Porter) 81.
Labmolke, spezifisches Gewicht (Höft) 78.
Laboratoriums-Hilfsbuch (Pincussohn) 862.
Labyrinth, degenerative Atrophie (Ziba) 773.
Labyrinth, Sequester (Hopkins) 266.
Labyrintherkrankungen, infektiöse (Neumann) 293.
Labyrinthitis, akute (Alexander) 293.
Labyrinthitis, induzierte (Scheibe) 293.
Labyrinthitis, otogene (Schoetz) 294.
Labyrinthitis serosa bei akuter Otitis (Ruttin) 293.
Laktagogum (Laurun-Brown) 748.
Lactobazilline (Fuß) 359.
Lähmung siehe Paralyse.
Laktalbumin, Zusatz zur Kuhmilch (Sill) 559.
Laktation, virginelle (Pfaundler) 81.
Laktation, Störungen (Cotton) 237.
Längenmessung an Säuglingen (Tschernyschew) 209.
Längenwachstum (Godin) 231 — bei europäischen Völkern (Soren-Hansen) 744.
Langerhanssche Inseln des kindlichen Pankreas (Wilms) 741.
Lärmapparat (Kayser) 293.
Laryngitis subchordalis acuta (Zimmermann) 281.
Laryngitis, tuberkulöse (Hunt) 252.
Laryngitis durch Diplokokken (Kaschiwabara) 761.
Laryngitis bei Morbillen (Girard) 569.
Laryngitis, katarrhalische — Intubation (Ullom) 33.
Laryngologie, Sammelreferat (Hempel) 570.
Laryngoskopie, direkte (Abrand) 243, 774 — (Paunz) 475, 622.
Laryngospasmus nach Einträufelung von Resorzinöl (Raillet) 185, 767 — bei Bronchopneumonie (Weill) 261, 773.
Larynx (Päßler) 281.
Larynx, Sammelreferat (Goeppert) 279.
Larynx, Demonstrationen (Halle) 280.
Larynx, Fremdkörper (Scharf) 594.
Larynx, kongenitale Zyste (Schneider) 782.
Larynx, multiple Papillome (Sewall) 272.
Larynx, kongenitaler Stridor (Marique) 279 — (Ray) 580.
Larynx, hysterische Paralyse (Iribarne) 252.
Larynx, Stenose (Le Grand Kerr) 250 — (Abrand) 623, 774.

Larynx, Intubation und Tracheotomie bei akuten Stenosen (Citelli) 280.
Larynx, nekrotisierende Entzündung bei Scharlach (Oppikofer) 578.
Larynx, gebrannte Magnesia bei difussen Papillomen (Clacué) 281.
Larynx, Atresie nach Diphtherie (Martens) 35.
Lateralsklerose, amyotrophische (Boldt) 245, 563.
Lateropharyngealer Abszeß otogenen Ursprungs (Guisez) 281.
Läusekrankheit in der Schule (Huet) 551.
Leber, äußere Formverhältnisse beim menschlichen Embryo (de Burlet) 548.
Leber, Eisengehalt (Baillet) 547 — Verteilung des Eisens (Filia) 231, 554.
Leber, Autolyse (Filia) 238, 554.
Leber, Polyserositis (Eckert) 757.
Leber, ikterische Lebererkrankungen (Rosenberg) 534.
Leber, Zirrhose (Münsterer) 577 — (Wipphle) 243 — und Bantische Krankheit (Vogel) 585 — auf Grund kongenitaler Lues (Günther) 570.
Leber, Schwellung bei Angina (Bartz) 33.
Leber, akute Gewebsatrophie (Phillips) 257.
Leber, Gefäßerkrankung bei kongenitaler Lues (Lühmann) 673, 763.
Leber, Erkrankungen und Hautveränderungen (Jeßner) 761.
Leber, tödliche Hämorrhagie beim Neugeborenen (Durante) 566.
Leber, primäre Splenohepatomegalie bei Geschwistern (Sheffield) 259.
Leber, Abszeß (Acuna) 774 — (Mc Kechnie) 778.
Leber, Mißbildung (Kschischo) 778.
Leber, Nekrose (Amsler) 774 — (Pappenheimer) 270.
Leber, Echinokokkus 273 — (Broca) 263 — (Cattaneo) 263.
Leber, malignes embryonales Adenom (Peiper) 472.
Leber, multiple angeborene Hämangioendotheliome (Veeder und Austin) 180.
Leber, Angiomatosis (Ernst) 776.
Leber bei Skarlatina (Benard) 562.
Leber bei rezidivierendem Erbrechen (Abramowitch) 560.
Leber, Veränderungen bei chirurgischer Tuberkulose (Brun und Bongioannini) 435.
Leber, Bedeutung bei Serumkrankheit und Anaphylaxie (Lafforgue) 740.
Lebersche familiäre Optikusatrophie (Mügge) 2.
Lebertran (Czerny) 301 — weißer und gelber (Schabad und Sorochowitsch) 181 — Wirkung bei Rachitis (**Schabad** und **Sorochowitsch**) **4,** 30.
Lehrbuch der Kinderkrankheiten (Comby) 414 — für Kinderheilkunde (Feer) 648 — der Besonderheiten des Kindesalters (Gundobin) 69.
Lehrbuch der Säuglingskrankheiten (Lesage) 413.
Lehrbuch über spezielle Therapie innerer Krankheiten (Ortner) 420.
Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose (Bandelier und Roepke) 427.
Lehrbuch der klinischen Hämatologie (Türk) 421.
Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie (Fürth) 333.
Lehrbuch der Hygiene (Prauß-nitz) 147.
Lehrbuch der Chirurgie (Tillmanns) 862.
Lehrbuch der Orthopädie (Calot 263 — der Krankheiten des Mundes (Kümmel) 147.
Leishmania infantum, experimentelle Infektion in der Hornhaut des Kaninchens (Volpino) 585.
Leishmaniose (Cardamatis) 755 — (Longo) 254 — (Luna) 254 — (Massaglia) 764 — (Mauro) 255 — (Splendore) 770.
Leishmaniose, Übertragung (Sergent) 769.
Leishmaniose, Blutveränderung bei Kindern (Abate) 243.
Leishmaniose, Lipämie und Lipurie (Longo) 575.
Leishmaniose in Algier (Senevet) 769 — in Bahia (Piraja da Silva) 767 — in Catania und Caltanisetta (Pulvirenti) 767.
Leishmansche Anämie **(Jemma) 321,** 485 — und chronische Malaria (Crespin) 488.

Lepra (Much) 172 — Ursprung (Engelbrecht) 688.
Leprabazillen in Milch (Sugai und Monobe) 734 — im Blut des leprösen Neugeborenen (Sugai) 584.
Leptomeningitis bei Syphilis (Rach) 41, 625.
Leptothrix buccalis (Gezes und Torrini) 250.
Leukämie (Cheney) 247, 564.
Leukämie, myeloide (Delfosse) 248, 565, 756.
Leukämie, akute lymphatische (Bodenstab) 563, 754 — lymphatische mit Vergrößerung der Speicheldrüsen (Tileston) 28.
Leukämie, Behandlung mit Thorium X (Falta, Kriser und Zehner) 182.
Leukom, angeborenes beider Hornhäute (Armaillac) 561.
Leukopenie bei Abdominaltyphus (Orundjiew) 682.
Leukozyten bei Scharlach (Georgescu) 249.
Leukozyten, eosinophile bei kruppöser Lungenentzündung (Arneth) 407.
Leukozytenformel bei Masern (Barannikow) 224 — bei Pneumonie (Jacoubowitsch) 572 — bei Tuberkulose (Fulpius) 568.
Leukozyteneinspritzungen, subdurale bei tuberkulöser Meningitis (Manwaring) 172.
Leukozyten, Einschlüsse bei Skarlatina (Cantacuzène) 246 — (Kretschmer) 311 — (Preisich) 312 — (Ahmed) 312 — (Döhle) 248, 353, 412 — (Hofer) 35, 353 — (Kolmer) 685 — (Nicoll) 632 — (Nicoll und Williams) 632, 765 — (Schwenke) 380.
Leukozytenuntersuchung bei Rubeola (Anglada) 244.
Leukozytose bei Typhus (Bennecke) 562.
Leukozytose bei Pertussis (Kolmer) 346 — diagnostischer Wert bei Keuchhusten (Ashby) 346.
Lezithin (Bain) 302 — Bestimmung (Collisson) 553 — im Knochenmark (Bolle) 548 — Verhalten des Dünndarmsaftes (Brugsch und Masuda) 75.
Lichen (Morris) 616.
Lichen planus (Sainton und Burnier) 258.
Lichen scrofulosorum (Pick) 436 — (Rossiwall) 200.
Licht, Prüfung in Schulen (Franz) 551.
Licht in therapeutischer und chirurgischer Beziehung (Foveau de Courmelles) 548.
Lidrand, Einsenkung im Gebiete des unteren Tränenröhrchens (Ask) 1.
Lingua geographica (Husler) 571.
Linkshänder, rationelle Erziehung (Schäfer) 744.
Linkshänder in den Berliner Gemeindeschulen (Schäfer) 818.
Linse, Ektopie und kongenitale Luxation (Cellichowska) 564.
Linse, Luxation mit angeborener Ektopie der Pupille (Seefelder) 3.
Linsenkerndegeneration, progressive nach Wilson (Lhermitte) 779.
Lipämie bei der Verdauung (Schulz) 215 — und Lipurie bei Leishmaniose (Longo) 575.
Lipoide des Diphtheriebazillus (Ménard) 834.
Lipoidgehalt des Blutes bei Frauen und neugeborenen Kindern (Herrmann und Neumann) 740.
Lippe, kongenitaler Hemispasmus (Variot und Bonniot) 186.
Liquor cerebrospinalis, bakteriologische Untersuchungen bei Diphtherie (Leede) 762.
Lithiasis, siehe auch Blase.
Lithiasis der Nieren (Ebert) 589, 691 — und des Ureters (Charvin) 588 — (Albaret) 587.
Lithiasis der Urethra (Speese) 782.
Lithiasis, infantile in Ungarn (v. Bokay) 525.
Littlesche Krankheit (Cruchet) 247 — -(Haushalter) 572 — (Hutinel und Babonneix) 252, 571 — (Long-Landry) 254 — (Neustaedter) 256.
Littlesche Krankheit, Ätiologie (Babonneix) 561.
Littlesche Krankheit, Foerstersche Operation (Perlis) 593 — chirurgische und orthopädische Behandlung (Nicod) 593 — orthopädische und chirurgische Behandlung (Broca) 588.
Littlesche Krankheit und Hemispasmus der Lippe (Variot und Bonniot) 186.
Livedo (Comby) 565, 723 — (Guille) 759.

Livedo annularis (Jourdanet) 221, 623.
Lobecksches Verfahren zur Herstellung einwandfreier Trinkmilch (Meurer) 412.
Lordotische Albuminurie (Hamburger) 179.
Lothringen, Fürsorge (Florentin) 275 — Ferienkolonien (Wagner) 276, 599.
Ludwigsche Angina (Fouquet) 590.
Luetinreaktion bei Syphilis (Nobl und Fluß) 176.
Lüftung von Schulen (Reichenbach und Brabbée) 744.
Luftwege, Veränderung der Schleimhaut bei Masern (Alagna) 244.
Lumballordose, Hüftschaukelsitz (Hohmann) 318.
Lumbalpunktion beim Neugeborenen (Delmas) 548, 566, 739 — Untersuchung der Punktate (Braun und Husler) 624 — Sticheiterung (v. Lier) 641 — bei Konvulsionen (Noguiès) 578 — und Behandlung der Meningitis (Voisin) 260, 772 — bei skarlatinöser Urämie (Allaria) 244, 561.
Lumbalskoliose, Hüftschaukelsitz (Hohmann) 318.
Lunge, Diagnose und Epidemiologie (Ranke) 446 — Diagnostik und Therapie (Rolly) 454.
Lunge, Spitzenperkussion (Gradl) 569.
Lunge, radiologische Untersuchung der Spitzen (Kreuzfuchs) 33.
Lunge, spezifische Behandlung (v. Ruck) 455.
Lunge, Saugmaske (Kuhn) 427.
Lunge, Verteilung von Kohlenpulvern (Pollini) 767.
Lunge, anaphylaktische Reaktion (Ströbel) 822.
Lunge, fötale Atelektase (Buchmann) 263.
Lunge, Affektionen, naso-pharyngealen Ursprungs (Abouka) 280.
Lunge, Kongestionen (Hutinel) 252.
Lunge, Abszeß (Mc Kechnie) 778 — und Bronchiektasie (Kulbs) 844 — Pneumokokkenabszeß (Guinon) 266.
Lunge, Echinokokkus (Molinié) 269, 592.
Lunge, Gangrän nach Menthol-Eukalyptolin-Injektionen (Berliner) 453.
Lunge, Fibrolysin bei Lungenschrumpfung (Stöltzner) 181.
Lunge, Verwesung (Thoinot) 584.
Lunge, Embolie nach Diphtherie (Stewart) 770 — Vorkommen von Diphtheriebazillen (Reye) 831.
Lunge, Syphilis (Stanley) 259.
Lunge, Pestepidemie in der Mandschurei (Toyoda) 635.
Lunge, Bäderbehandlung der Lungenaffektionen (Lainel-Lavastine) 762.
Lunge, angeborene Mißbildung (Rivet und Girard) 781.
Lunge, Tuberkulose (Delabrousse) 565 — (Ferrand) 435 — (Hart) 449 — (Roger und Sévi-Valensi) 446 — (Strandgard) 436 — kongenitale Tuberkulose (Delmas) 430 — chronische Tuberkulose beim Säugling (Roudinesco) 436.
Lunge, Tuberkulose, Diagnose (Vogt) 682 — Frühdiagnose (Schmey) 446 — Diagnose und Therapie der Lungentuberkulose (Ranke) 445.
Lunge, Tuberkulose: ungleiche Pupillenweite (Wolfer) 446.
Lunge, Tuberkulose; Röntgenuntersuchung (Cole) 445.
Lunge, Disposition zu Tuberkulose (Schminke) 439 — Disposition des Lungengewebes zur tuberkulösen Infektion (Weiß) 175 — Prädisposition für Tuberkulose der rechten Lunge (Sidler) 259 — Erblichkeit der Disposition zur Lungenschwindsucht (Strandgard) 431.
Lunge, Tuberkulose; Mischinfektion (Juman) 348.
Lunge, Tuberkulose; Bedeutung der Darminfektion (Fischer) 439 — tuberkulöser Primäraffekt (Zarfl) 700.
Lunge, Tuberkulose, initiales Stadium (Ter-Markosoff) 584, 628 — initiale Lokalisation der Tuberkulose (Rist) 768.
Lunge, Entstehung und Verhütung der Spitzentuberkulose (Bacmeister) 434.
Lunge, Behandlung; Einfluß des Klimas auf Lungentuberkulose (Wolff) 455 — Sanatoriumbe-

handlung der Tuberkulose (Goodall) 454.
Lunge, antiseptische Inhalation (Muthu) 454.
Lunge, Tuberkulose, Tuberkulintherapie (Fallot) 567 — Tuberkulinbehandlung bei Tuberkulose (Löwenstein) 454 — Tuberkulosebehanldung mit bovinem Tuberkulin (Raw) 454.
Lunge, Behandlung der Lungentuberkulose mit Marmoreckschem Serum (Mongour) 454.
Lunge, Kampferöl bei der Behandlung der Lungentuberkulose (Hamant) 454.
Lunge, Tuberkulose, Erfolge mit Jodmethylenblau und Kupferpräparaten (Meißen) 674.
Lunge, Behandlung mit unvollständig oxydiertem Phosphor (Romanowsky) 454.
Lunge, Tuberkulose, künstlicher Pneumothorax (Volhard) 669.
Lunge, Tuberkulose, chirurgische Behandlung (Sorgo) 679.
Lunge, Tuberkulose und Hyperästhesie (Bascoul) 563.
Lungen, Tuberkulose mit Höhlenbildung (Buddy) 563.
Lunge, Mediastinaldrüsenerkrankung und Lungentuberkulose (Gendron) 249.
Lunge, Tuberkulose; Anschwellung der subkutanen Lymphdrüsen des Thorax (Schulze-Kump) 582.
Lunge, Tuberkulose mit Hämophyse (Baumel) 245.
Lunge, Abnahme der Lungentuberkulose in Wien (Rosenfeld) 429.
Lupus (Baumel) 562, 723, 753 — beim Säugling (Baumel) 245.
Lupus des Gesichtes (Baumel) 774.
Lupus, verrukoser der Hände (Boehme) 453.
Lupus, erythematosus (Tartakovsky) 584 — erythematodes, Morosche Tuberkulinreaktion (Jadassohn) 572.
Lupus, Behandlung mit Quarzlampe (Stümpke) 455.
Luxation, kongenitale (Mayet) 779.
Lymphadenoide Gewebe (Mitchell) 592.
Lymphadenose, akute aleukämische (Schippers) 841.
Lymphangio-Adenoiditis (Dalencour) 264.
Lymphangioma cysticum des Bauches (Miwa und Saito) 592.
Lymphangiom, kongenitales der Zunge (Guinon) 691.
Lymphangitis der Regio-Mastoidea (Zaepffel) 261.
Lymphatische Apparate, Hyperplasie (Kahn) 573.
Lymphatische Konstitution (Unterberger) 772.
Lymphatische Pseudoappendizitis (Lieblein) 189.
Lymphatismus und Tuberkulose (Gorter) 435 — Beziehungen zur Skrofulose und Tuberkulose (Rozenblat) 856.
Lymphatismus, Beziehungen zu den phlyktänulären Erkrankungen des Auges (Igersheimer) 435.
Lymphatismus, Arsenikbehandlung und Höhenkur (Christin) 247.
Lymphdrüsen, tuberkulöse Infektion (Ungermann) 771.
Lymphdrüse, kongenitale Tuberkulose (Ter-Gabrieljanz) 595.
Lymphdrüsen, bakteriologische Untersuchung bei Skarlatina (Kolmer) 36.
Lymphdrüsen, Schwellung in der seitlichen Brustgegend (Marcus) 69.
Lymphgefäße, primärer Tumor (Mitchell) 592.
Lymphe, Aufbewahrungsmittel der animalen (Serebrenikoff) 550 — Tuberkelbazillen in der Lymphe des Ductus thoracicus (Betke) 435.
Lymphoides Gewebe und Diathese (Audrain) 752.
Lymphosarkom des Ileum (Saccone) 594.
Lymphozyten, Beziehungen zur Fettspaltung und Bakteriolyse (Bergel) 441.
Lymphurie (Quincke) 665.
Lyon, Oeuvre des enfants à la montagne (Dehan) 274, 597.
Lyssa, Schutzimpfung (Acker) 841.

Madelungsche Krankheit (Gasne) 265 — Deformität des Handgelenkes (Brandes) 320 — (Springer) 321 — symmetrische Handgelenksdeformität (Melchior) 780.
Magen, Funktion beim Säugling (Greco) 77.

Magen, Physiologie und Chemie der Verdauung (Eastman) 747 — Chemismus (Davidsohn) 76.
Magen, Verdauung der Fette (Finizio) 77.
Magen, Pepsinverdauung (Davidsohn) 359.
Magen, primäre Intoleranz (Terrien) 751.
Magen, Fermente (Abderhalden und Strauch) 73 — Ausscheidung der Magenfermente im Säuglingsharn (Pechstein) 81 — Chymosin und Pepsin des Kalbsmagensaftes (Rakoczy) 81 — Trypsin und Pepsin (Junghans) 556.
Magen, Salzsäure (Salge) 215.
Magen, Röntgenuntersuchung (Alwens und Husler) 745 — röntgenologische Größenbestimmung (Hoffmann) 555.
Magen, akute Dilatation (Louria) 763 — Dilatation durch Unterernährung (Variot) 751 — Dilatation bei Pylorusstenose (Rohmer) 397 — (Weil und Gardère) 243, 560.
Magen, Verdauung und Erbrechen (Eastman) 553.
Magen, Ulcus (v. Cackovic) 588 — (Kirsch) 591.
Magen, Trichobezoar bei Infantilismus (Hüttenbach) 615.
Magendarmkanal, Funktionsprüfungen (Lust) 395.
Magendarmsystem, Besonderheiten im Kindesalter (Troitzky) 213.
Magenfermentproben (Cohnheim) 76 — (Fuld) 77.
Magenkrankheiten, Röntgendiagnostik (Faulhaber) 365.
Magermilch (Kooper) 79.
Magnesia, gebrannte bei diffusen Papillomen des Kehlkopfes (Clavué) 281.
Magnesia-Sulfat, intraspinale Injektion bei Chorea (Rocaz) 581, 768 — subdurale Injektionen bei Tetanus (Smithson) 583.
Magnesiumstoffwechsel bei wachsenden Schweinen (Weiser) 751.
Maison pour les enfants malades (Martin, Revilliod, Audeoud und du Pan) 275.
Makroglossie (Comroe) 565.
Makrostomie, unilaterale (Sidoun) 594.
Makulozerebrale Degeneration (Oatman) 256.
Makulöses Exanthem bei Diabetes (Koch) 196.
Malaria (Fusco) 568 — (Gagnoni) 249, 568 — (Wherry) 586 — kongenitale (Ferrier) 758.
Malaria, chronische und Leishmansche Anämie (Crespin) 488.
Malaria, Anämie (Valagussa) 488.
Malaria und Hämoglobinurie (Bruch) 754.
Malaria und Purpura haemorrhagica (Goussis) 29.
Malaria beim Säugling (Henderson) 314.
Malaria, Salvarsan (Iversen und Tuschinski) 357 — und Neosalvarsan (Iversen und Tuschinsky) 841.
Maltafieber (Gorovenko) 250 569.
Maltose-Dextrin-Präparate bei der Säuglingsernährung (Leopold) 239, 556.
Malz bei Enteritis (Veras) 513.
Malzsuppe (Schreiber) 559 — bei Ernährungsstorungen der Säuglinge (Brady) 302, 746.
Malz-Tropon (Gewin) 164.
Malzzucker in der Säuglingsernährung (Morse) 20.
Mamma, Physiologie (Schil) 750 — experimentelle Studien (Frank und Unger) 554 — Leistungsfähigkeit (Laurentius) 556.
Mamma, Hypertrophie (Cartault) 564 — beim Neugeborenen (Brown) 246.
Mamma, Wirkung von Eierstock- und Corpus-luteum-Extrakten (Solowjow) 559.
Mamma, maligner Tumor (Delore und Martin) 775.
Mamma, Physiologie der Milchdrüse des Rindes (Zwart) 560.
Mammilla, supplementäre (Henrotay) 740.
Mantouxsche Reaktion (Combe) 565, 755.
Marmorecksches Serum bei Lungentuberkulose (Mongour) 454 — (Weitling) 455.
Marschleistungen, gesteigerte in den Pubertätsjahren (Meyer) 743.
Mastitis acuta des Kindes (Zwick und Weichel) 84.
Mastitis, Ätiologie (Schaleck) 558.
Mastitis, Prophylaxe und Therapie (Eicher) 657.

Mastitis durch Streptokokken (Rullmann) 82.
Mastitis, akute kontagiöse bei der Kuh durch Bazillus lactis aerogenes (Gilruth) 77.
Mastitis, Zusammensetzung der Milch (Quemper de Lanascol) 241.
Mastitis adolescentium (Zappert) 642.
Mastitismilch, biologische Eigenschaften (Sassenhagen) 558.
Mastoiditis, rezidivierende (Heschl) 292 — (Jantzen) 293.
Mastoiditis, Tetanie (Nicoll und Fiedler) 670.
Maul- und Klauenseuche (Fischer) 567, 724 — Veränderungen der Milch ((Honigmund) 748 — Infektiosität für den Menschen 637.
Meckelsches Divertikel (Zübert) 596 — Persistenz (Kirmisson) 591.
Mecklenburg, Säuglingssterblichkeit **(Brüning) 604** — (Paulsen) 598.
Mecklenburg-Schwerin, Säuglingssterblichkeit (Saul) 599.
Mediastinaldrüsen, Erkrankung (Gendron) 249, 590, 776 — Tuberkulose (Derscheid) 756.
Mediastinale Ursachen für chronischen Husten (French) 309.
Mediastinitis, chronische 773 — (Hutinel) 252, 760, 848 — (Lambour) 268, 574, 762.
Mediastinum, Tumor (Cardarelli) 263.
Medizinalkalender (Schlegtendal) 862.
Meerwasser, Injektion (Cudennec) 553.
Megakolon, siehe auch Hirschsprungsche Krankheit.
Megakolon congenitum (Berro) 588 — (Bugs) 588 — (Chaton) 263, 775 — (Critchlow) 264, 589 — (Culan) 589 — (Fritz) 376 — (Hoffmann) 590 — (Rosenstiel) 594 — (Sheffield) 272 — (Silberknopf) 697 — (Sundholm) 782 — (Weill) 596.
Megakolon, Abknickung des Dickdarms (Goeppert) 376 — Behandlung (Biermanns) 588 — (Patel) 780.
Mehl, Ausscheidung **(Pfersdorff und Stolte) 476.**
Mehlnährschaden, Pathologie (Salge) 458.
Mekonium (Lefebvre) 556 — Fermente (Schoenberner) 559 — spektrophotographische Untersuchungen (Lerin) 556, 763.
Mekoniumpfropf (Mardner) 557.
Melaena neonatorum (Bra) 552 — (Dunlop) 553, 747 — (Holland) 239 — (Rolston) 241 — (Vidal) 242, 559, 751 — (Vorpahl) 751 — (Wells) 243 (Wipphle) 243 — (Zadek) 752.
Melaena, intra-uterine fötale (Bonnet-Laborderie) 746.
Melaena neonatorum, Duodenal-Ulcus (Fabre und Rhenter) 238, 589.
Melaena neonatorum, Bluttransfusion (Bernheim) 753 — Behandlung mit menschlichem Blutserum (Nicholson) 164, 557 — Injektion von Blutserum (Welch) 560 — Gelatinebehandlung (Nohl) 557.
Melaena vera (Unger) 668.
Melanosarkom (Magyar) 702.
Melitensis (Negri und Raynaud) 671.
Melken, täglich zweimalige Probemelkungen (Krasser) 79.
Membrana capsularis lentis, Persistenz (Reis) 3.
Membrana Descemetii, angeborener Defekt (Reis) 3.
Membrana orbitalis musculosa (Krauß) 740.
Membrana pupillaris persistens corneae adhaerens (Seefelder) 3, 769 — (Wirths) 3.
Mendelismus (Pick) 232.
Mendelsche Regel, Anwendung auf die Ophthalmologie (Lutz) 2.
Meningeale Episoden bei Tuberkulose (Barbier und Gougelet) 373 — (Gougelet) 250.
Meningeale Erscheinungen bei Helminthiasis (Mazzuoli) 255.
Meningeale Hämorrhagie (Montet) 255, 577, 765.
Meningeale Hämorrhagie beim Neugeborenen (Guérin-Valmale und Vayssière) 250 — (Krohn) 748.
Meningeale Hämorrhagie bei Drüsentuberkulose (Guinon) 251, 435.
Meningeale Zustände beim Kind (Comby) 755 — (Dufour) 757.
Meningen, Erkrankung (Morgan) 577.

Meningitis (Aboulker) 560 — (Albin) 561 — (Hutinel) 760 — (Morse) 577 — (Rankin) 436 — geheilte (Sarembskaja) 225.
Meningitis, klinische Diagnose (Voisin) 260.
Meningitis, Behandlung (Hirschfeld) 571 — (Voisin) 260 — und Lumbalpunktion (Voisin) 772.
Meningitis, Flexnersches Antimeningitisserum (Wells) 586 — Mißerfolg der Antimeningokokken-Serotherapie (Dopter) 248 — antimeningokokkische Serotherapie (Guignard) 251.
Meningitis, primäre (Bourdier) 754.
Meningitis acuta interna (Ruttin) 293.
Meningitis, kranio-spinale (Davies) 565.
Meningitis, otogene (Labarrière) 574 — (Uffenrode) 293 — Heilbarkeit der otogenen (Brieger) 293.
Meningitis, Kolibazillenbefund in der Zerebrospinalflüssigkeit (Pearson) 766.
Meningitis durch Meningokokken und Tuberkelbazillen (Guinon und Grenet) 435 — zerebrale durch Meningokokken (Bouché) 563.
Meningitis durch Parameningokokken (Menetrier und Brodin) 764.
Meningitis durch Pneumobazillen (Guinon und Simon) 570.
Meningitis, latente bei akuten Infektionskrankheiten (Oseki) 165, 578.
Meningitis bei Infuenza (Flexner) 350, 567 — (Wollstein) 350 — (Pisek) 580 — (Simon) 350.
Meningitis nach Masern (Basker) 245, 562.
Meningitis, sekundäre nach Parotitis epidemica (Zade-Immigrath) 169.
Meningitis bei Scharlach (Sachs) 582.
Meningitis purulenta (Monti-Guarnieri) 269 — aseptica (Zabel) 837.
Meningitis serosa (Grabs) 569 — (Reuß) 580 — und verwandte Zustände (Blühdorn) 837.
Meningitis tuberculosa (Beck) 434 — (Duperié) 248 — (Pfender) 579 — (Rabinowitsch) 767 — (Rhein) 768 — (Schaps) 769 — (Urbantschitsch) 292 — (Voisin) 446 — (Wilke) 437.
Meningitis tuberculosa im Säuglingsalter (Schaps) 258, 436.
Meningitis basilaris (Hartje) 637 — posterior (Hartje) 847.
Meningitis tuberculosa, Pathogenese (Wilke) 586 — Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit (Netter und Gendron) 442 — Zytodiagnose (Dunn) 435.
Meningitis tuberculosa, Gefäßveränderungen (Askanazy) 434.
Meningitis tuberculosa; Symptomatologie und Pathologie (v. Czarnowski) 630.
Meningitis tuberculosa, Einfluß von subduralen Leukozyteneinspritzungen (Manwaring) 172 — Möglichkeit der Heilung (Archangelsky) 434.
Meningitis tuberculosa, Weberscher Symptomenkomplex (Maillet und Gueit) 254.
Meningitis tuberculosa, gastrointestinale Symptome (Perrier) 257.
Meningitis tuberculosa und Stillen (Zappert) 431.
Meningitis tuberculosa und choreiforme Bewegungen (Gonnet) 435.
Meningitis, tuberculosa und Erythema nodosum (Sezary) 725.
Meningitis tuberculosa und Meningokokkenmeningitis (Guinon und Grenet) 251.
Meningitis cerebrospinalis (Azéma) 244, 753 — (Blacque) 245 — (Capps) 755 — (Clemens und Gould) 350 — (Hall) 572 — (Hutinel) 252 — (Krulish) 253 — (Léger) 253 — (Mattei) 255 — (Merle) 351 — (Mosby) 577 — (Weill und Gardère) 261 — (Nobécourt und Sevestre) 766 — (Remlinger) 580 — (Remy) 580 — (Somers) 583 — (Stevens) 583 — (Travis) 584.
Meningitis cerebrospinalis Ätiologie, Diagnose, Prognose und Behandlung (Dann) 351.
Meningitis cerebrospinalis Blutuntersuchung (Rusca) 351.

Meningitis cerebrospinalis, intrakranielle Drucksteigerung (Debré) 248 — (Nobécourt und Sevestre) 256.
Meningitis cerebrospinalis okulte bei Säuglingen und jungen Kindern (Holt) 351.
Meningitis cerebrospinalis, Mischinfektion (Specht) 583 — durch Pneumokokken (Stefanopoli) 583.
Meningitis cerebrospinalis Augenkomplikationen (Anargyros) 1 — psychische Störungen (Clos) 564, 755 — Schwerhörigkeit und Taubheit (Mauthner) 293.
Meningitis cerebrospinalis Myelitis haemorrhagica (Dessauer) 248.
Meningitis cerebrospinalis, Ätiologie und Epidemiologie (King) 573 — Epidemiologie (Chalard) 564 — Epidemie (Tizon) 584 — Hausepidemie (Hachtel und Hayward) 351 — Bazillenträger (Sachs-Müke) 351 — zu Dallas (Thayer) 313.
Meningitis cerebrospinalis, Prophylaxe (King) 169, 761 — (Schneider) 281.
Meningitis cerebrospinalis, Behandlung (Gaujoux) 515 — Diagnose und Behandlung (Parker) 579.
Meningitis cerebrospinalis Serumbehandlung (Jochmann, Schepelmann) 351 — (Landrum) 574 — (Simpson) 259 — (Sophian) 313 — (Theroude) 584 — Flexnersches Serum (Hynes) 571.
Meningitis cerebrospinalis oder Poliomyelitis (Monges) 255.
Meningocele spuria traumatica (Schindler) 471, 594 — Pathogenese und Therapie (Smirnoff) 640.
Meningoenzephalitis, akute syphilitische bei Neugeborenen (Schneisser) 221.
Meningoenzephalozele, Operation bei Ruptur (Edmond) 265.
Meningokokken, Züchtung (Bruynoghi) 351 — im Ohreiter (Doering) 671 — Behandlung der Zerebrospinalmeningitis (Gaujoux) 515.
Meningokokkenerkrankung der Knochen und Gelenke (Uhlmann) 771 — mit Purpura (Triboulet, Debré und Paraf) 771.
Mensch (Ranke) 147.
Menstruation und Laktation (Creutz) 746.
Menthol, Gefahren (Pujol) 767.
Mentholgefahren, lokale Anwendung in der Nase (Lublinski) 17, 281.
Menthol, Gefahren der Anwendung in der Rhinologie (Leroux) 575.
Menthol - Eukalyptolin - Injektionen bei Bronchitis, Lungengangrän und Tuberkulose (Berliner) 453.
Mesenterialdrüsen, Tuberkulose (Corner) 316, 755 — (Talbot) 678.
Metakarpus, Fraktur des ersten (Ducuing und Rigaud) 264.
Metatarsus varus congenitus (Terterianz) 595.
Metrorrhagie und Hemophilie (Halipré) 572.
Migräne von seiten der Thyreoidea (Lévi und Rothschild) 370.
Mikrozephalie, Kraniektomie (Duran) 265.
Micrococcus melitensis (Darbois) 76.
Mikromelie (Bonnaire und Durante) 774 — (de Bruin) 263 — (Siegert) 782 — und Rachitis (de Bruin) 754 — Siehe auch Zwergwuchs, chondrodystrophischer.
Mikrosomie, essentielle familiäre (Levi) 788.
Mikrosporie (Riehl) 725 — in Wien (Riehl) 623, 768.
Mikrotie (Graf) 590.
Mikuliczsche Krankheit (Tileston) 28.
Milch, Sammelreferat (Grimmer) 73.
Milch (Angelici) 74 — (Ayers und Johnson) 74 — (Backe, Wiborg und Röer) 74 — (Baker und Hulton) 74 — (Bordas) 75 — (Bordas und Touplain) 75 — (Bulle) 75 — (Cassel) 75 — (Coleschi) 76 — (Cranfield) 76 — (Desbarrières) 76 — (Dornic und Daire) 76 — (Effront) 76 — (Fleurent und Lévi) 77 — (Frouin) 77 — (Funaro und Musante) 77 — (Gaucher) 77 — (Golding) 77 — (Emery und Benedict) 76 — (Löhnis) 79 —

(Marre) 79 — (Nicolas) 80 — (Northridge) 240 — (Sadler) 82 — (Sanfelici) 82 — (Söhngen) 83 — (Stoecklin) 83 — (Vamvakas) 84 — (Vitoux) 84.
Milch, bescheinigte (Coit) 784.
Milch, kuhwarme (Medowikoff) 214.
Milch, reine (van Norman) 240 — reine (Shaw) 242.
Milch, homogenisierte (Variot und Lavialle) 242 — (Devimeux) 237, 747 — (Fisch) 554, 747 — (Jagoté-Lacoussière) 556.
Milch, kondensierte (Ausset) 732.
Milch, blaue (Schultze) 83 — schleimige (Barthel) 74.
Milch, Lobecksches Verfahren (Meurer) 412.
Milch, Modifikation der Kuhmilch (Labbe) 239.
Milch, Reaktion zur Unterscheidung der Kuh- und Frauenmilch **(Bauer) 474** — Unterscheidung von Frauen- und Kuhmilch (Tugendreich) 84.
Milch, kaseinfettangereicherte Kuhmilch als Dauer- und Heilnahrung **(Heim und John) 621.**
Milch, rohe (Winslow) 560 — als Säuglingsnahrung (Plantenga) 605.
Milch, Unterscheidung von roher und gekochter (Günther) 77, 748 — (v. Sobbe) 83 — Guajak-Guajakolprobe zur Unterscheidung roher und gekochter Milch (Schern und Schellhase) 82 — erhitzte und rohe bei der Ernährung (Eichloff) 747.
Milch, Nichtgerinnen der gekochten durch Lab (Rumpen) 750 — Nachweis genügend erhitzter Milch (Drost) 747 — Nachweis von erhitzter (Pflugradt) 479.
Milch, Analyse (Teichert) 83 — Untersuchung (Frei) 747 — bakteriologische und biochemische Methoden (Schröter) 82 — gebräuchlichste Untersuchungsmethoden (Lenzen) 79 — Methodik der Untersuchung (Behre) 745 — Zusammensetzung und Untersuchung (Alpers) 745 — Zusammensetzung (Richmond) 81 — chemische Zusammensetzung (v. Ponicki) 81 — Schwankungen in der Zusammensetzung (Halle, Müller und Poda) 748.
Milch, Veränderungen bei Stauung (de Quemper de Lanascol) 556.
Milch, biologische Differenzierung von Milcheiweißkörpern (Kollmeyer) 556.
Milch, Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch (Langstein und Edelstein) 661 — (v. Soxhlet) 660 — der Kuhmilch (Edelstein und v. Czonka) 217.
Milch, Mindestfettgehalt (Schulz) 599.
Milch, Konstanz löslicher Bestandteile (Höft) 78 — Bestimmung der Trockensubstanz (Lührig) 749.
Milch, Azidität der Kuhmilch (Vincent) 243 — Säuregehalt (Rammstedt) 81 — Kochprobe, Alkoholprobe und Säuregrad (Rammstedt) 750.
Milch, Neutralrotreaktion (Moro) 732.
Milch, Beziehungen von Schwefel zum Stickstoff (Hirschstein) 408.
Milch, Zusammensetzung der durch das Kalb gesaugten Kuhmilch (Wellmann) 84.
Milch, Beziehungen zwischen Milch, Kolostrum und Blutserum des Rindes (Graetz) 77.
Milch, reduzierende Eigenschaften (Burri und Kürsteiner) 746.
Milch, biologische Untersuchungen (Schern) 82 — Anaphylaxie **(Kleinschmidt) 644** — Untersuchung mittels der anaphylaktischen Methode (Heuner) 748 — Antianaphylaxie (Bauer) 739 — Hämolyse (Schmid) 82 — Sensibilisierung durch Milchfütterung (Kleinschmidt) 389.
Milch, Wirkung des Speichels (Trachtmann) 559.
Milch, Magenverdauung (Loubovitch) 557.
Milch, Darmverdauung (Troianowsky) 559.
Milch, Enzyme (Tanaka) 83.
Milch, Gerinnung durch Lab (Bang) 74, 236 — (Bräuler) 552 — Einfluß der Zubereitung auf die Verlabbarkeit (Noeggerath) 390.
Milch, Hefen (Dombrowski) 553.
Milch, kolloidchemische Studien (Wiegner) 560.
Milch, Bestimmung des spezifischen Gewichtes kleinster Mengen (Kreidl und Lenk) 79 —

Lichtbrechungsvermögen und spezifisches Gewicht (Ackermann) 73.
Milch, Viskosität (Uchiyama) 559.
Milch, Gefrierpunktserniedrigung (Pins) 558.
Milch, Kapillar- und Adsorptionserscheinungen (Kreidl und Lenk) 556.
Milch, Zellengehalt (Roß) 241 — Zellelemente (Hewlett, Villar und Revis) 78 — normale Zahl von Körperzellen in Kuhmilch (Bread, Reed und Stedger) 75 — abnorme Mengen von Leukozyten samt Fibrinfasern und Bakterien (Höyberg) 78 — Wirkung der Zentrifuge und des Separators auf die Verteilung der Zellelemente (Breed) 746.
Milch, Bakterienzählung und Aziditätsbestimmung (Schorer) 161 — Wirkung des Filtrierens und Zentrifugierens auf den Bakteriengehalt (Gutzeit) 748.
Milch, Leprabazillen (Sugai und Monobe) 734.
Milch, Maul- und Klauenseuche der Milchtiere (Fortuyn) 732 — (Smits) 733.
Milch, Streptokokken (Puppel) 750 — (Stowell und Hillard) 602.
Milch, Physiologie der Milchsekretion (Helbig) 78 — experimentelle Auslösung (Frank) 747 — Erhaltung und Steigerung der Sekretion (v. Reuß) 698.
Milch, Steigerung der Sekretion durch gesteigerte Eiweißernährung (Liepmann) 458 — Einfluß verminderter Nährstoffmengen (Claus) 75, 553 — Einfluß organischer und anorganischer Phosphorverbindungen auf die Sekretion (Fingerling) 554 — Einfluß kalk- und phosphorsäurearmer Nahrung auf die Milchsekretien (Fingerling) 76.
Milch, Einfluß von Düngung und Fütterung (Allemann) 73 — wässeriger Futtermittel (Tangl und Zaitschek) 83 — Fütterung der Milchtiere (Morgen, Beger, Westhausser) 80.
Milch, Einfluß von Weidegang und Stallhaltung auf Milchvieh (Rieger) 558.
Milch, Bedeutung der Wasserstoffionen für die Milchgewinnung (Allemann) 745.
Milch, Einfluß von tierischen Extrakten auf die Sekretion (Ott und Scott) 80 — von tierischem Extrakt auf die Sekretion (Schäfer und Mackenzie) 82 — von Plazenta, Fötus und Keimdrüse (Aschner und Grigorin) 74, 656.
Milch, galaktogener Einfluß subkutaner Milchinjektion (Chatin und Rendu) 746.
Milch, Einfluß von Quecksilberdämpfen auf die Sekretion (Perrin) 557.
Milch, Leistungsprüfungen bei Ziegen (Müller-Kögler) 80.
Milch, toxische Beschaffenheit bei eklamptischen Frauen (Frost) 238, 554.
Milch, Übergang von Opiumbestandteilen (Möllmann) 557.
Milch, Salvarsan (Bernstein) 75.
Milch und Tuberkulose (Heymans) 555 — (Panisset) 557, 766 Tuberkelbazillen (Heß) 78.
Milch, Sekretion jungfräulicher Kalbinnen (Müller) 80 — Produktion brünstiger Kühe (Weber) 84.
Milch, Hygiene (Fischer) 275.
Milch, Beschaffung von Frauenmilch für Hospitäler (Talbot) 599.
Milch, Sterilisierung und Kühlung (Bickel) 75 — Kühlhaltung und Entfettung (Klink) 239, 748 — Kühlhaltung im Hause (Ziegler) 243.
Milch, Konservierung von Versandmilchproben (Schüler) 82.
Milch, Flaschenverschlüsse (Seiffert) 83, 241.
Milch, Prüfungsverfahren (Kürsteiner) 79 — Prüfungsmethoden (Philippe) 81 — Haltbarkeitsprüfung (Morres) 80 — tierärztliche Kontrolle des Viehbestandes (Fettick) 76 — (Guth) 77 — Prüfung und Beurteilung (Hittcher) 748 — Gewinnung und Beurteilung (Rammstedt) 750.
Milch, Leistung der Shorthorns (Schätzel) 82 — der Touraine (Desbarrières) 237.
Milch, Produktion im Winter (Martel) 275.
Milchversorgung (Eaton) 275.
Milch, Versorgung (Harding, Wilson und Smith) 78 — (Kühl) 785.

Milch, Versorgung der Städte (Arnold) 784 — der Großstädte (Harding) 78 — (Profé) 81 — (Simacourbe) 276, 559.
Milch, Versorgung auf dem Lande (Weber) 694.
Milchversorgung in Schweden (Lavialle) 275, 785.
Milch, Versorgung von Chicago (Whitaker) 276 — des Kurortes Davos (Himmel) 78.
Milchversorgung in Dieppe (Cassel) 274.
Milch, Versorgung der Stadt Metz (Kuppelmayr) 79, 598 — in New York (Lederle) 275 — (Rebaudet) 276, 599 — (Schroeder) 785 — (Van de Velde) 739.
Milch und ihre Produkte (Reitz) 81.
Milchfermente, Einfluß auf pathogene Mikroorganismen (Cannata und Mitra) 75.
Milchnährschaden unter dem Bilde der Idiotie 752.
Milchsäure, Bindung durch Kasein (van Dam) 76.
Milchsäurebakterien, Verwendung von Gärproben (Rogers) 82.
Milchzucker der Frauenmilch **(Lust) 236.**
Milchzucker, Produktion in der Brustdrüse (Paton und Cathcart) 80.
Milchzucker, Bestimmung (Salkowski) 750 — kolorimetrische Bestimmung (Autenrieth und Funk) 74.
Milchzucker, Nährwert (Calvary) 658.
Milchzucker, Wirkung **(Heim) 134** — pyrogene Wirkung (Schlutz) 163, 559.
Milnesche Methode (Gaullieur L'Hardy) 249.
Milz, Funktion (Grossenbacher) 548 — Größenmaße (Stricker) 550.
Milz, Veränderungen nach Verbrennung (Perewalowa) 593.
Milz als Schutzorgan gegen tuberkulöse Infektion (Schröder) 675.
Milz, primäre Splenohepatomegalie bei Geschwistern (Sheffield) 259.
Milz, Angiomatosis (Ernst) 776.
Milz, Exstirpation bei Bantischer Krankheit (Grosser) 512,.
Milzbrand, Kapsel der Bazillen (Ottolenghi) 349 — Thermopräzipitinreaktion (Roncaglio, Lebre) 349.
Mineralsalze, Bedarf des Organismus (Barbier) 236 — Bedeutung für die Säuglingsernährung (Hoobler) 163 — Rolle in der Physiologie und Pathologie des Säuglingsalters (Abelmann) 217.
Mineralstoffwechsel (Koeppe) 79 — im Knabenalter (Herbst) 460.
Mißbildung (Palanqui) 593 — (Welsch) 596 — Kasuistik (Strauß) 595.
Mißbildung, multiple bei Atrophie (Petit) 593.
Mißbildung des Auges bei Wirbeltieren (Pagenstecher) 2.
Mißbildungen des Auges (Rößler) 3.
Mißbildung der oberen Extremität (Hoffmann) 777 — kongenitale der Extremitäten (Peltesohn) 780.
Mißbildung des Thorax (Dubreuil-Chambardel) 264.
Mißbildung der Leber (Kschischo) 778.
Mißbildungen des Herzens (Fischer) 62 — der großen Gefäße (Fischer) 62.
Mißbildung des S. romanum (Bell und Le Wald) 745.
Mißbildung mit Störung des Körperverschlusses (Mezger) 592.
Mitralstenose (Barrié und Routier) 753.
Mittelohr, Tuberkulose (Blegvard) 293.
Mohnköpfe, Vergiftung beim Säugling (Evrard) 249, 567.
Molke und Zelle (Moro) 387.
Molke, spezifisches Gewicht der Labmolke (Höft) 78.
Molkenarme Milch bei Säuglingsekzem (Finkelstein) 20, 554.
Molkenreduzierte Milch in der Ernährung debiler Kinder (Müller) 80.
Molkereipraxis, Sammelreferat (Grimmer) 73.
Mongolenfleck (Bruch) 640, 771 — (Labbé) 267 — (Rovira) 781 — (Testard) 272, 595 — (Zarfl) 696.
Mongolenfleck, histologische Untersuchung (Porak) 178, 593.
Mongolismus (Balteau) 371 — (Bullard) 788 — (Hintze) 571 — (Hutinel) 252 — (Rehm) 788 —

(Shuttleworth) 788 — (Unger) 585.
Mongolismus, Stoffwechselversuche und Therapie (Lourié) 763.
Mongolismus und Myxödem (Unger) 186.
Mongolismus, Hirnveränderung (Weygandt) 788.
Morbillen (Anderscu und Goldberg) 723 — (Basker) 562 — (Broadbent) 246 — (Brooks) 246 — sine exanthemate (Cassel) 564 — (Clary) 564 — (Fischl) 758 — (v. Pirquet) 579.
Morbillen, Frühdiagnose (Andronesco und Saratzeano) 752 — (Apert) 244, 561 — (Mollschanoff) 611 — Koplikscbe Flecken (de Biehler) 856 — (Bing) 245.
Morbillen, diagnostischer Wert der Leukozytenformel (Barannikow) 224.
Morbillen, Urobilin- und Urobilinogenurie (Arssenjewa) 223.
Morbillen, Harngiftigkeit (Aronson und Sommerfeld) 684.
Morbillen, verzögertes Auftreten von Impfpusteln (Neumark) 222.
Morbillen, Verschwinden der kutanen Tuberkulinreaktion (Weinmann) 773.
Morbillen, Ätiologie (Park) 579 — experimentelle (Hektoen und Eggers) 37, 570 — experimentelle (Nicolle und Conseil) 765 — bei Affen (Lucas, Palmer und Prizer) 575, 684 — Infektiosität des Blutes (Anderson und Goldberger) 244, 561, 684 — Virus im Mund- und Nasenschleim (Goldberger und Anderson) 250, 355, 569.
Morbillen, histopathologische Veränderung der Tonsille und der Schleimhaut der Luftwege (Alagna) 244.
Morbillen, Exanthem und Übertragung (Goetze) 464, 724.
Morbillen, kurzfristige indirekte Übertragung (Lafforgue) 574.
Morbillen, Rezidiv (Soucek) 770 — Epidemie (Fédou) 372, 724 — Epidemie (Tait) 464, 584 — Epidemiologie und Frühdiagnose (Rohmer) 725.
Morbillen und Schule (Poelchau) 744 — (Raffle) 312, 580 — Schulschluß (Raffle) 312.
Morbillen, Operation der adenoiden Vegetationen (Greene) 777.
Morbillen und Diphtherie (Lapeyre) 253 — Diphtherierezidiv (Martin und Darré) 255.
Morbillen, Erythema nodosum (Perigal) 256.
Morbillen, Laryngitis (Girard) 569.
Morbillen, Neuritis optica infectiosa (Dutoit) 566, 757.
Morbillen, Meningitis (Basker) 245.
Morbillen, Psychosen (Lagane) 762.
Morbillen, Otitis media (Bacharach) 561.
Morbillen, Hämorrhagie der intestinalen Schleimhaut (Stark) 750.
Morbillen und Scharlach (Hutinel) 252.
Morbillen und Tuberkulose (Gazeau) 568 — allgemeines Tuberkulid (Januschke) 197.
Morbillen, Behandlung (Marbourg) 576 — (Ricklin) 257 — und Prophylaxe (Milne) 465 — und Prophylaxe nach Milne (Gaullieur L'Hardy) 249 — (Kretschmer) 686 — Salvarsan (Williams) 773.
Morbillen, Statistik (Leroux) 762.
Morbilliformes Exanthem (Allan) 752.
Morbus maculosus Werlhofii (Rozenblat) 853.
Morphin, Toleranz des Kindes (Ravenna) 580, 768 — Intoxikation (Carstens) 755, 845 — (Mühlfelder) 538.
Morphium bei Pertussis (Pellissier) 579.
Mortinatalität in Bordeaux (Chambrelent) 784.
Muchsche Granula (Körber) 627.
Mund, Lehrbuch der Krankheiten des Mundes (Kümmel) 147.
Mund, Pflege (Archer) 547.
Mund, Bakterienflora (Schaleck) 558.
Mund, aphthöse Erkrankungen (Gaujoux) 759.
Mund, Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen (Zinsser) 517.
Mund, Eigenartige Erkrankungen der Schleimhaut (Frese) 281.
Mund, Tuberkulose der Mundschleimhaut und des Unterkiefers nach Zahnextraktion (Ehrhardt) 348, 435.
Musculus pectoralis, angeborenes Fehlen (Fitzwilliams) 265.

Musculus sterno-cleido-mastoideus, angeborener Defekt (Müller) 269.
Muskel, intrauterine Muskelbewegung des Fötus (Reifferscheid) 209.
Muskelatrophie, juvenile (Gernheim) 64.
Muskeldystrophie, infantile progressive (Eulenburg u. Cohn) 249 — familiäre spinale (Schick) 227.
Muskelsinn, Bedeutung für die Schrift (Ioteyko u. Kipiani) 743.
Muskulatur, Pathologie (Czerny) 202.
Mutismus, hysterischer (Frö-schels) 195.
Mutter, biologische Beziehungen zwischen Mutter und Kind (Kraeck) 548 — Überempfindlichkeit durch den Fötus (Esch) 548.
Myatonia congenita (Binda) 562 — (Charles) 564 — (Concetti) 515 — (Councilman und Dunn) 45 — (Feer) 758 — (Marburg) 576 — (Oliari) 256, 766 — (Snow) 770 — Klinik und Pathologie (Marburg) 254.
Mydriasis, springende (Cramer) 2.
Myelitis haemorrhagica bei Meningitis cerebrospinalis epidemica (Dessauer) 248.
Myelodysplasie (Peritz) 44.
Myeloide Leukämie (Delfosse) 248.
Myelozythämie, akute mit Osteosklerose (Goodall) 759.
Myiasis, intestinale (Cockayne) 365.
Mykobakter tuberculosis, Vorkommen im Poststaub (Thöni u. Thaysen) 674.
Myokarditis, primäre (Dylnitz) 566 — bei Scarlatina (Thuriot) 260 — (Weill u. Mouriquand) 261, 586.
Myoklonie, familiäre (Dsershinsky und Koshewnikow) 792.
Myopie (Siebenlist) 3 — (Wingerath 236.
Myopie in der Schule (Ioteyko und Kipiani) 743 — in den Volksschulen in Christiania (Gunnussen) 234 — der Münchener Fortbildungsschulen (Held) 742.
Myopie und Hornhauttrübung (Steiger) 3.
Myopie, operative Therapie (Hesse) 2.
Myositis ossificans progressiva (de Toledo Dodsworth) 584.
Myositis des Sterno-Cleideo-Mastoideus (Durante) 566.
Myxidiotie, Überpflanzen normaler mütterlicher Schilddrüse (Henschen) 760.
Myxödem (Baginsky) 537 — (Bruch) 246, 563 — (Hertoghe) 846 — (Rach) 200 — (Revillet) 768 — (Thomas) 226 — (Unger) 585.
Myxödem, endemisches in den Alpen der Dauphiné (Revillet) 257.
Myxödem, erworbenes (Pollak) 198.
Myxödem, Forme fruste (Saenger) 769, 788.
Myxödem, Stoffwechsel (Gigon) 788 — Stoffwechseluntersuchungen (Loewy u. Sommerfeld) 537.
Myxödem beim Neugeborenen (Abels) 788.
Myxödem, Augenerkrankung (Hennicke) 2, 251.
Myxödem, Hirnveränderung (Weygandt) 788.
Myxödem und Mongolismus (Unger) 186.

Nabel, Topographie bei Frauen und Neugeborenen (Kakuschkin) 209, 741 — Entwicklung der Nabelgegend und Disposition zu Nabelbrüchen (Wenglowski) 783.
Nabel, Infektion beim Neugeborenen (Brindeau) 262.
Nabel, Adenom (Negroni) 269.
Nabel, spontane Blutung (Dodge) 237 — Blutung beim Neugeborenen (Richards) 257 — Blutung beim Neugeborenen, Gelatinebehandlung (Nohl) 557.
Nabel, Deformität (Firth) 640.
Nabelhernie (Mauclaire) 268 — (Mouchet) 780 — (Ombrédanne) 780 — (Smester und Mouchet) 782 — radikale Behandlung (Brun) 850 — siehe Hernie umbilikale.
Nabelschnur, Behandlung (Hirsch) 571 — (Petermüller) 177, 579 — (Ahlfeld) 547 — (Leube) 548.
Nabelschnur, Anatomie und chirurgische Behandlung der Brüche (Breuer) 588.

Nabelschnur, Umschlingung (Feiertag) 589.
Nabelschnur, Veränderungen bei Syphilis (Dominici) 756.
Nabelschnurvorfall, Therapie (Ligschitz-Trachtenberg) 575 — Ätiologie und Therapie (Müller) 577.
Nachruf auf Hugo Neumann **(Japha) 141.**
Nachruf auf Otto Soltmann **(Risel) 233.**
Nachtblindheit (Stephenson) 583.
Nackenmuskelrigidität, diagnostische Bedeutung (Kerr) 252
Nackenphänomen an den unteren Extremitäten (Brudzinski) 185.
Nadel, verschluckte (Menuet) 269.
Nährmittel im Handel (Székely) 750.
Nahrungsbedarf des Kindes jenseits des Säuglingsalters (Stargardter) 154.
Nahrungsmenge (Gargane) 554 — beim Säuglinge (Nobécourt) 240.
Nahrungsmitteltabelle (Schell und Heißler) 651.
Nanismus, Differentialdiagnose gegenüber essentieller familiärer Mokrosomie (Levi) 788.
Narkoleptische Anfälle, Erregbarkeitssteigerung (Mann) 800.
Narkose (Pinneo) 270 — bei Kindern (Kilmer) 778 — bei Adenotomie (Kiär) 280.
Narkotische Medikamente (Beinaschewitsch) 562.
Nasales Asthma (Großmann) 280.
Nasale Reflexneurosen (Killian) 281 — (Piffl) 282.
Nasale Fortsätze hypertrophischer Rachenmandeln (Meyer) 280.
Nase, Sammelreferat (Goeppert) 279.
Nase, Histologie der Nasenschleimhaut beim Embryo (Boguszewska-Janicka) 547.
Nase, Respiration bei nasaler Insuffizienz (Merklen) 232, 255 — verlangsamte Atmung infolge Nasenleidens (Stein) 281.
Nase, Erkrankungen beim Kinde (Myersoll) 280.
Nase, Nebenhöhlenerkrankung (Uffenrode) 281 — Röntgenuntersuchungen der Nebenhöhlen (Haike) 281, 707 — intrakranielle und zerebrale Komplikationen der Nebenhöhlenerkrankungen (Onodi) 281.
Nase, Diphtherie (de Biehler und Korybut-Daskiewicz) 562, 853 — (Burrows) 246 — (Korybut-Daszkiewicz) 281 — (Roy) 280 — (Szmurlo) 856 — chronische Diphtherie (Miller) 577.
Nase, nasale Obstruktion bei den Schulkindern (Reynolds) 235.
Nase, postnasaler Katarrh (Smith) 583.
Nase, Komplikationen der Influenza (Oppenheimer) 578.
Nase, Deformitäten bei Neugeborenen (Rössing) 781 — Deviationen des Septums (Paris) 593 — kongenitale Fissuren, Fisteln und Dermoidzysten (Evans) 589 — angeborene seitliche Spalte (Stütz) 782.
Nase, Paraffinplastik (Burak) 279.
Natrium, toxische Wirkungen (Blum) 236.
Natriumbenzoat, Wirkung auf künstlich genährte Kinder (Grulee und Ruhlig) 238.
Natrium-Bichromant, Einfluß auf Milch (Garnier) 77.
Naevus linearis systematicus (Kantor) 724.
Naevus vasculosus, Radiumtherapie (Weinberg) 596 — multiple beim Neugeborenen (Audebert) 262 — Telangiektasie (Balzer, Barcat und Condat) 561.
Neandertalmerkmal bei Kretinen (Bircher) 371.
Nebenhöhleneiterung, subakute und chronische (Sack) 281.
Nebenniere, Involution der zentralen Rindenschicht (Thomas) 210 — Umbau im extrauterinen Leben (Kern) 15.
Nebennieren, Degeneration bei akuten Infektionen (Ribadeau-Dumas und Harvier) 581, 768 — Insuffizienz bei akuten Infektionen (Castaigne) 564.
Nebennieren in der Pathologie und Therapie der Diphtherie (Moltschanoff) 467 — bei Diphtherie (Ritchie und Bruce) 258.
Nebennieren bei Scharlach (Tixier und Troisier) 771.

Nebenniere, Insuffizienz bei Erysipel (Lesné und Françon) 762.
Nebennieren, Entzündung (Tixier und Troisier) 371.
Nebennieren, Nekrose (Amsler) 774.
Nebenniere, Carzinom (Frew) 265.
Nebennieren, Hämatom (von Reuß) 697.
Nebennieren und Chloroformnarkose (Delbet, Herrenschmidt und Beaunay) 589.
Nebenwirkungen des Salvarsans auf das Ohr (Haike) 292.
Neckar-Steinach, Wormser Kindererholungsheim (Büttner) 233.
Nekrose der Leber (Amsler) 774 — (Pappenheimer) 270.
Neosalvarsan (Dünzelmann) 383 — (Kerl) 724 — poliklinische Behandlung (Welde) 385 — bei Malaria (Iversen und Tuschinsky 841.
Nephritis, akute (Mac Clanahan) 179.
Nephritis, albuminöse (Merklen) 255.
Nephritis haemorrhagica (de Lange) 611 — (Vasseur) 585.
Nephritis, parenchymatöse; Ätiologie (Watson) 772.
Nephritis, tuberkulöse (Hutinel) 252.
Nephritis, Kochsalzausscheidung (Manshardt) 576 — Körpergewicht und Ödeme (Isserliß-Schwartz) 572.
Nephritis, Wirkung des Kaffeins (Plumier) 842.
Nephritis, Harnstoff der Zerebrospinalflüssigkeit (Nobécourt und Darré) 578, 766.
Nephritis, Blutdruck (Gordon) 569.
Nephritis, experimentelle Erzeugung (Fischl) 567.
Nephritis, Reflexe (Dietz) 566.
Nephritis, cardio-vaskuläre Störungen (Foucault) 567.
Nephritis, mydriatisch wirkende Substanzen im Blut (Wirz) 586.
Nephritis, Zusammensetzung der Frauenmilch (Engel und Murschhauser) 76.
Nephritis, chronische interstitielle und Infantilismus (Parsons) 579..
Nephritis durch Pneumokokken (Schmarine) 272, 582, 769.
Nephritis, akute nach impetiginösem Ekzem (Halberstadt) 724.
Nephritis bei Skarlatina (Ghys) 568 — (Rumianzow) 769 — akute interstitielle lymphozytäre Scharlachnephritis (Schiboni) 769 — Folgen der Scharlach-Nephritis (Stroink) 584 — chronische Albuminurie nach Scharlachnephritis (Rosenfeld und von Rechtenstamm) 525.
Nephritis, Ätiologie und Behandlung (Fischer) 518 — Behandlung (Hutinel) 252 — chirurgische Behandlung (Worms und Hamaut) 587.
Nephrolithiasis (Ebert) 776 — (Joseph) 267, 778.
Nephrose, chronische (Heubner) 377.
Nerven, Plastik (Spitzy) 328 — Anastomose bei Muskellähmung (Kennedy) 252.
Nervensystem, vegetabiles im Kindesalter (Viereck) 60.
Nervöse Absenzen (Zappert) 700.
Nervöse Erscheinungen (Moon) 255.
Nervöse Kinder (Kampmann) 743 — Arsenikbehandlung und Höhenkur (Christin) 247.
Nervosität im Kindesalter (Aschaffenburg) 752.
Nervus opticus, Aplasie (Meißner) 2 — Tuberkulose (Birch-Hirschfeld 435 — Pseudoneuritis und andere kongenitale Anomalien (Salzer) 3 — Lebersche familiäre Optikusatrophie (Mügge) 2.
Netzhaut siehe Retina.
Neugeborene, Buch aus dem Jahre 1492 (Apert) 547.
Neugeborene, Physiologie und Pflege (Jaschke) 606 — Pflege (Hempstead) 740.
Neugeborene, Blutplättchen (Morse) 741.
Neugeborene, eigentümliche in den Organen anzutreffende Zellelemente (Perrando) 741.
Neugeborene, Reflexe (Müller) 741.
Neugeborene, Topographie des Nabels (Pakuschkin) 741.
Neugeborene, Hypertrophie der Mamma (Brown) 246.
Neugeborene, Veränderung von Körpergewicht und Körperlänge (Cadre) 552 — Gewichts-

schwankungen (Heidermann) 555 — abnorm schwere (Kaul) 740 — Geburtsgewicht von 5300 Gramm (Gravier) 555.
Neugeborene, Ernährung in den ersten Lebenstagen (Opitz) 240, 557 — (Sauermann) 657 — Ernährung mit Eiweißmilch (Benfey) 19 — Technik der Ernährung (Jaschke) 556 — Ernährung in Genf (Zoltowska) 560.
Neugeborene, Stoffwechsel (Birk) 75 — Chlorstoffwechsel (Mensi) 557, 749.
Neugeborene, Pathologie und Klinik (Unger) 771.
Neugeborene, Lumbalpunktion (Delmas) 548.
Neugeborene, Vakzination (Boissard) 547 — (Jeannin) 761.
Neugeborene, Gehör (Kutvirt) 548, 740.
Neugeborene, Fieber (Boise) 547, 746 — transitorisches Fieber (v. Reuß) 214 — fieberhafte Temperaturen in den ersten Lebenstagen (Heller) 214 — Temperatur und Gewichtsverhältnisse in den ersten Lebenstagen (Zmudzinski) 560.
Neugeborene, Lebensfähigkeit (Bonnaire) 746 — (Dervieux) 747 — (Tissier) 751 — Lebensaussichten jüngster Früchte (Buecheler) 231.
Neugeborene, Ursachen des Todes (Malinowska) 576 — Todesursachen in den ersten Lebenstagen (Weingeroff) 586.
Neugeborene, Scheintod (Balard) 753 — (Bar) 244 — (Rudaux) 258, 769 — (Schultze) 258 — Wiederbelebung bei Asphyxie (Hirsch) 176 (Plauchu) 176 — Behandlung des Scheintodes mit Sauerstoff (Delmas) 756.
Neugeborene, Geburtsinfektion (Rudaux) 258.
Neugeborene, Erysipel (di Cristina) 264 — (Lesné und Françon)) 762 — (Welch) 273.
Neugeborene, Tetanus neonatorum (Schweizer) 582 — Differentialdiagnose des Tetanus neonatorum (Götzky) 839.
Neugeborene, Gallengangsstenose (Sugi 294) — Nekrosen der Leber und der Nebennieren (Amsler) 774.
Neugeborene, Ikterus (Heimann) 570, 748 — (Morize) 240, 577 — Hämolyse bei Icterus neonatorum (Slingenberg) 308 — habitueller familiärer Ikterus (Rehn) 31.
Neugeborene, Sclerema neonatorum (Simonini) 559 — Fettsklerem (Mitweg) 749.
Neugeborene, Sklerödem (Geiser) 526 — (Sheffield) 242.
Neugeborene, Scleroderma neonatorum (Geißer) 759.
Neugeborene, Epidermolysis diffusa neonatorum (Lequeux) 254, 575, 762.
Neugeborene, Favus (Geber) 724.
Neugeborene, herdförmige Degeneration der Thyreoidea-Epithelien bei Purpura (Pettavel) 257, 767.
Neugeborene, Nabelblutung (Richards) 257 — Nabelinfektion (Brindeau) 262.
Neugeborene, Krämpfe (Stamm) 637.
Neugeborene, Myxödem und Mongolismus (Unger) 585.
Neugeborene, Entzündung der Highmorshöhle (Canestro) 263.
Neugeborene, paralytische Darmokklusion (Reynés) 594.
Neugeborene, Status thymicolymphaticus (Unger) 220.
Neugeborene, Hämophilie (Bonnaire) 754 — Ätiologie und Behandlung der Hämophilie (Schloß und Commiskey) 612 — Hämophilie (Bonnaire) 245 — Bluttransfusion bei Hämophilie (Vincent) 613 — Hämophilie (Waeber) 585.
Neugeborene, Hämorrhagie (Haynes) 748 — (Lespinasse und Fisher) 239 — (Vallois) 772.
Neugeborene, spontane Hämorrhagie (Myers) 749 — tödliche Hämorrhagie (Commandeur) 755.
Neugeborene, hämorrhagische Diathese (Vincent) 751 — und Septikämie (Wipphle) 243 — Bluttransfusion bei hämorrhagischer Diathese (Vincent) 772 — Ätiologie und Behandlung der hämorrhagischen Erkrankungen (Cormisky) 750.
Neugeborene, hämorrhagische Erkrankungen (Graham) 307, 613 — (v. Reuß) 698 — (Robert, Green und Swift) 241 — (Spencer) 242 — (Wells) 586.

Neugeborene, Hämaturie (Fabre und Jarricot) 757.
Neugeborene, vaginale Hämorrhagie (Pomeroy) 574.
Neugeborene, gastrointestinale Hämorrhagie (Dingwall) 553, 747. — gastrointestinale Blutung (Humphery) 239 — gastrointestinale Blutung (Ray) 241 — gastrointestinale Hämorrhagie (Semple) 241.
Neugeborene, Hämatom der Nebennieren (v. Reuß) 697.
Neugeborene, menigeale Hämorrhagie (Guérin-Valmale und Vayssière) 250 — (Krohn) 748.
Neugeborene, Melaena (Bar) 552 — (Dunlop) 553, 747 — (Rolston) 241 — (Vidal) 242, 559, 751 — (Vorpahl) 751 — (Wells) 243 — (Zadek) 752.
Neugeborene, Duodenalulcus bei Melaena neonatorum (Fabre und Rhenter) 589.
Neugeborene, Gelatinebehandlung der Melaena neonatorum (Nohl) 557 — Melaena neonatorum; Bluttransfusion (Bernheim) 753 — Behandlung der Melaena mit menschlichem Blutserum (Nicholson) 557 — Injektion von Blutserum bei Melaena neonatorum (Welch) 560.
Neugeborene, endokranielle Gehirnblutung (Simmons) 177.
Neugeborene, Behandlung der Schädelimpression (Hoffmann) 266 — Schädelfraktur (Fothergill) 265.
Neugeborene, Anatomie der glatten Muskeln der menschlichen Augenhöhle (Krauß) 740.
Neugeborene, Ophthalmia neonatorum (Alger) 31, 244 — (Farnarier) 758 — (Mackenzie) 575 — Ophthalmia purulenta (Weekers) 773 — (Terson) 259 — Blenorrhoea neonatorum (Greven) 759 — Ophthalmoblennorrhöe (Klatt) 573 — intrauterine Ophthalmia neonatorum (Dorland) 566.
Neugeborene, Prophylaxe der Augeneiterung (Feulner) 567 — prophylaktische Einträuflung in die Augen (Frommholz) 249 — Ophthalmia; Sopholprophylaxe (von Gratkowski) 569.
Neugeborene, Conjunctivitis (Genet und Palasse) 249 — Conjunctivitis purulenta (Terrien) 258, 771.
Neugeborene, Dakryozystitis (Fage) 265.
Neuralgie, intercostale (Janowski) 572.
Neurasthenie der Jugendlichen (Major) 576.
Neurin, Auflösungsversuche von Tuberkelbazillen (Bontemps) 828 — Auflösung von Tuberkelbazillen (Lindemann) 442.
Neuritis optica infectiosa (Dutoit) 566, 757 — bei Pertussis (Wiegmann) 346 — bei Meningitis cerebrospinalis (Debré) 248 — (Nobécourt und Sevestre) 256.
Neuritis cochlearis bei rezenter Lues nach Salvarsan (Knik und (Doppels) 292.
Neuritis, periphere nach Skarlatina (Clavigny) 564.
Neuroglia, Wucherungen (Dück) 757.
Neurologie, praktische (Lewandowsky) 518.
Neuropathie, Rolle bei körperlichen Leiden (Heybrock) 760.
Neurorezidiv und Salvarsan (Goerlitz) 2.
Neurosen des Kindesalters (Schuser) 582 — des Verdauungskanals (Cattaneo) 45, 564.
Neuseeland, staatlicher Kinderschutz (Hardy) 597.
Neutralrotreaktion der Milch (Moro) 732.
New York, Milchversorgung (Lederle) 275 — (Rebaudet) 276 — (van de Velde) 739.
New York, Variola und Vakzination (Clerc) 247.
Niederösterreichische Landesfindelanstalt in Eggenburg (Hellmer) 597 — Landeszentralkinderheim in Wien, Mündelversorgung (Ziegler) 710.
Niere, Ungleichheit des Volumens (Castaldi) 590.
Niere, Lageveränderung (Wetzel) 783 — bewegliche (Dehilotte) 264, 589 — bewegliche und orthostatische Albuminurie (Maillet) 254.
Niere, funktionelle Prüfung mittels Phenolsulfonphtalein (Deutsch) 654.
Niere, Schrumpfung im Kindesalter (Zetlin) 773.
Niere, familiäre amaurotische Affektion (Silberstern) 793.

Niere, Knochenmarkgewebsentwicklung im Nierenhilusgewebe bei Anaemia splenica (Tanaka) 771.
Niere, renaler Infantilismus (Miller und Parsons) 474.
Niere, angeborene Dystopie (Anitschow) 774 — Gefäße bei angeborener Nierendystopie (Anitschkoff) 587 — Diagnose und Therapie der kongenitalen Dystopie (Eder) 589.
Niere, Erkrankungen und Phimose (Heinrichsdorff) 531.
Niere, Syphilis (Hahn) 535 — (Pfeiffer) 579 — fötale und infantile Syphilis (Hahn) 571.
Niere, Tuberkulose (Vignard und Thévenot) 585, 772 — (Wortman) 827 — Behandlung der Tuberkulose (Bernard) 453.
Niere, Dekapsulation bei Urämie (Gümbel) 51.
Niere, Lithiasis (Charvin) 588 — (Ebert) 589, 691, 776 — (Joseph) 778.
Niere, Ruptur (Gibson) 590, 776.
Niere, Tumor ((Fabien) 776 — (Sheffield) 272 — (Weill, Mouriquand und Gardère) 596 — Sarkom (Provinciali) 593 — Adenosarkom (Sand und Lerat) 781 — Mischgeschwülste (Langhoff) 779 — zystischer Tumor bei Hufeisenniere (Bockenheimer) 262.
Niere, polyzystisches Rudiment (Rosenow) 271 — polyzystische Degeneration (Shukowsky und Ssinjoff) 531, 642 — angeborene Zystenniere (Hornowski) 590.
Niere, Doppelbildungen (Wimmer) 596.
Nierenbecken, kongenitale Dilatation (Weiser) 783.
Nigerkuchen, Fütterungsversuch bei Melkvieh (Seißl und Westermeier) 83.
Nitrat, Reduktion (Bach) 74.
Noma (Zuber und Petit) 784 — Behandlung mit Salvarsan (Nicoll) 256.
Norwegen, Poliomyelitis **(Johannessen) 424,** 502 — Volksschulen (Grenneß) 234.
Nursery maids in Amerika (Kerley) 52.
Nystagmus, hereditärer (Frankenberg) 568 — (Nodop) 766.
Oberflächenspannungsverhältnisse in der Milch (Bauer) 74.
Oberkiefer, Osteomyelitis (Français) 590 — Sarkom (Rocher) 271, 594.
Oberlid, angeborene abnorme Bewegung (Lutz) 2 — Dermoidzysten (Purtscher) 3.
Obesitas (Hutinel) 252.
Obstipation, (Mamrot) 856 — chronische (v. Bucsanyi) 237.
Obstipation, Ursache und Behandlung (Grulee) 748 — Schilddrüsenbehandlung (Minoret) 557.
Obstipation, Kalkstoffwechsel (Krone) 743.
Ödem, infektiöses (Georgiewsky) 250, 568 — (Maillet und Gueit) 254, 764.
Ödem, nephrogenes (Manshardt) 576 — bei Nephritis (Isserliss-Schwartz) 572 — ohne Albuminurie (Miller) 240.
Ödem, rezidivierendes (Whipham) 586.
Ödem, subkutanes familiäres (Edgeworth) 567.
Ödem bei Säuglingen (Potter) 232, 558 — bei Kindern (Hummel) 555.
Ödem, extremes des Zökums und gangränöse Appendizitis (Dandurant) 264.
Ohr, Sammelreferat (Goeppert) 279.
Ohr, pathologische Anatomie (Panse) 707.
Ohr, Technik der Untersuchung (Constantin) 231.
Ohr, Gehör Neugeborener und Säuglinge (Kutwirt) 232, 548, 740.
Ohr, Gehör der Schulkinder (Frey) 551 — Untersuchungen in der Schule (Lien) 235, 551 — an der Volksschule zu Berndorf (Alexander) 742 — Hörprüfungen schwachbefähigter Kinder (Raschkowski) 551.
Ohr, Hörstörungen bei Kretinismus (Fröschels) 568.
Ohr, Einfluß kalter Bäder (Shin-Iza-Ziba) 293.
Ohr, vom Ohr ausgelöste Reflexe (Urbantschitsch) 292.
Ohr, Erkrankung (Mucha) 292 — (Uffenrode) 293.
Ohr, Meningokokken im Ohreiter (Doering) 671.
Ohr, Speicheldrüseneiterung (Baum) 588.

Ohr, Tuberkulose (Knile) 292 — (Milligan) 436.
Ohr, Erkrankungen bei Syphilis (Nager) 292—(Grunberg) 292 — Nebenwirkungen des Salvarsans (Haike) 292.
Ohr, Komplikationen der Influenza (Oppenheimer) 578.
Ohr, Adrenalinbehandlung bei subjektiven Ohrgeräuschen (Liwschitz) 575.
Ohr, Atresia auris congenita (Graf) 590.
Ohr, Mißbildungen (Krampitz) 778 — angeborene Mißbildung (Iwata) 778.
Ohrringstechen (Epstein) 527.
Okulomotoriuslähmung, periodische (Koch) 194.
Ollier und sein Werk (Kirmisson) 267.
Omphalorrhagia neonatorum (Richards) 257 — idiopathica, Gelatinebehandlung (Nohl) 557.
Onanie (Friedjung) 638.
Ophthalmia neonatorum (Alger) 31, 244 — (Bartels) 1 — (Farnarier) 758 — (Mackenzie) 575.
Ophthalmia neonatorum intrauterine (Dorland) 248, 566.
Ophthalmia neonatorum, nichtgonorrhoische (Morax) 255.
Ophthalmia neonatorum, Prophylaxe (Feulner) 567 — Sophol-prophylaxe (v. Gratkowski) 569.
Ophthalmia neonatorum im belgischen Sanitätsgesetzentwurf (Nuel) 738.
Ophthalmia purulenta der Neugeborenen (Terson) 259 — (Weekers) 773 — Behandlung (Stevenson) 259.
Ophthalmie, metastatische nach Zahnextraktion (Jampolsky) 667.
Ophthalmie, Salvarsan bei sympathischer (Fleischer) 2.
Ophthalmoblennorrhoe bei Neugeborenen (Klatt) 573 — Behandlung (Puttkammer) 580.
Ophthalmologie, Sammelreferat (Gallus) 1.
Ophthalmoplegie, externe (Ginestous) 250.
Opiate, Verwendung im Kindesalter **(Döbeli) 439**.
Opium, Übergang in die Milch (Möllmann) 80, 557.
Opium, Gefahren bei Kindern (Délégarde und Boon) 565.
Opiumalkaloide, kombinierte Wirkungen (Faust) 322.
Opsonine (Schmidt) 455.
Orbita, Tuberkulose (Birch-Hirschfeld) 435 — (Lebenhart) 436.
Orthopädie, Lehrbuch (Calot) 263.
Orthopädie in der Schule (Badin) 550.
Orthopädische Schulaufsicht in Bordeaux (Gourdon) 742 — Turnkurse (Kreißmann) 235 — Turnunterricht (Rothfeld) 235 — Schulturnen (Schmidt u. Schröder) 229 — Handbuch (Echternach) 418 — in Charlottenburg (Tändler) 744 — in Lübeck (Riedel) 744.
Orthostatische Albuminurie (Déhillotte) 264 — (Maillet) 576 — und bewegliche Niere (Maillet) 254 — (Michalowitsch) 218 — (Plumier) 580, 767 — (Weber) 261.
Orthotische Albuminurie, Pathogenese (Stiller) 842 — der durch Essigsäure fällbare Eiweißkörper (Pollitzer) 179.
Oscillometrie beim Kind (Lemaire und Kößler) 740 — im Wachen und Schlaf (Balard) 739.
Osmotischer Druck und Ionenlehre (Hamburger) 422 — und Wachstum (Schulz) 27.
Ösophagoskopie, Asphyxie und Ecchymosen (Mattei) 268.
Ösophagus, Atresie (Gutmann) 777 — (Konopacki) 778 — (Obländer) 780 — (Pollak) 702 — (Lotz) 592 — (Shukowsky und Baron) 640.
Ösophagus, Fremdkörper (Abrand) 188 — (Botey) 262.
Ösophagus, Stenose (Morse) 690.
Ösophagus, kongenitale Zyste (Stöber) 595.
Ösophagus, Diphtherie (Rolleston) 581.
Ösophagus, Striktur nach Scharlach (Preleitner) 280 — nekrotisierende Entzündung bei Scharlach (Oppikofer) 578.
Ösophagus, Dilatation bei Pylorusstenose (Weil uund Gardère) 243, 560.
Ossifikation, periostale (Retterer u. Lelièvre) 549.
Ossifikation des Schädels (Tissier und Vaudet) 550 — vorzei-

tige der Schädelknochen (Rivière und Secousse) 232.
Osteitis, multiple (Kirmisson) 267, 591.
Osteitis der Tibia (Bailleui) 774.
Osteitis, Tuberkulose der kurzen Knochen von Hand und Fuß (Bailleul) 587.
Ostitis fibrosa (Frangenheim) 265, 590, 776 — (Froelich) 265.
Osteo-Arthritis, Tuberkulose (Broca) 435.
Osteochondritis rachitica (Kassowitz) 306.
Osteogenesis imperfecta (Akatsuka) 752 — (Fuchs) 568, 759 — (Joachimsthal) 541 — (Preiswerk) 472 — (Tange und Groenendyk) 771, 848.
Osteomalacie (Landhout) 574 — (Tixier u. Roederer) 660 — juvenile (Froelich) 265.
Osteomalacie und Rachitis (Ogata) 256, 307 — Wachstumsstörungen der Tibia (Hache) 266.
Osteomyelitis (Ombrédanne) 269, 780 — akute (du Pan) 779.
Osteomyelitis der Gelenke (Klemm) 690.
Osteomyelitis des Beckens (Tillaye) 272.
Osteomyelitis der Rippe (Savariaud und Pont) 272.
Osteomyelitis des Oberkiefers (Français) 590, 228.
Osteomyelitis, symmetrische nach Variola (Schwenk) 636.
Osteomyelitis beim Säugling (Haller) 590.
Osteoperiostitis, noduläre der platten Schädelknochen beim tuberkulösen Säugling (Triboulet und Ribadeau-Dumas) 436
Osteopsathyrosis (Scholz) 472 — idiopathica (Lewy) 763 — Stoffwechsel (Bookman) 552.
Osteosklerose bei akuter Myelozythämie (Goodall) 759.
Osteotomie, postoperatives Längenwachstum (Brandenberg) 774.
Österreich, Bekämpfung der Tuberkulose (Mager) 449.
Otitis bei Schulk ndern (Pasquier) 235.
Otitis bei Scarlatina (Manasse) 764.
Otitis media (Uffenrode) 293 — Bakteriologie (Albert) 293.
Otitis media, Frühdiagnose (Aschman) 561.
Otitis media bei Masern (Bacharach) 561.
Otitis media bei gonorrhoischer Konjunktivitis (Dalmer) 756.
Otitis media bei Skarlatina (Kruk-Rapoport) 573 — perforativa bei Skarlatina (Holmgren) 571.
Otitis media, Vakzinebehandlung (Christie) 839 — Vakzinetherapie (Weston und Kolmer) 586.
Otitis media, konservative Behandlung (Obermüller) 293.
Otitis externa, Retropharyngealer Abszeß (Tanturri) 280.
Otorhinologische Kasuistik (Spira) 281.
Otorrhoe, Behandlung der eustachischen Röhre (Urbantschitsch) 293.
Ovarium, Sarkom (Philippsborn) 539.
Ovarium, Karzinom (Lahey und Haythorn) 268 — (Rosanoff) 271.
Ovarium, multilokuläre Zyste (Harry) 266.
Ovarium, Wirkung von Eierstockextrakten auf die Milchdrüse (Solowjow) 659.
Oxydase (Sarthory) 82 — artifizielle (Schabad) 82.
Oxyuren (Balland) 561 — (Borini) 245 — (Jödeike) 666.
Oxyuren, Behandlung (Stettiner) 370.
Oxyuren, Appendizitis (Rheindorf) 325.
Oxyuren und Trichozephalus trichiura (Cecil u. Bulkley) 326.
Ozaena (Natier) 256 (Neufeld) 578 — Sammelforschung (Alexander) 542.
Ozaena, Behandlung (Foy) 590.
Ozaena, chronische Diphtherie und Rachendiphtheroid (Neufeld) 35.
Ozon, Einwirkung auf Milch und Molkereiprodukte (Freund) 77. — (Wiener) 84.

Pachymeningitis hämorrhagica interna (Hahn) 251 — (Schindler) 471.
Pankreas bei primärer infantiler Atrophie (de Villa) 243.
Pädagogik, experimentelle (Meumann) 420.
Pankreas, Langerhanssche Inseln (Wilms) 741 — Komplika-

tionen bei Parotitis epidemica (Freund) 355.
Pankreatitis und Nebennierenentzündung bei Scharlach (Tixier und Troisier) 371, 771.
Pantopagus (Linke) 591.
Papillome, multiple des Larynx (Sewall) 272 — des Kehlkopfes, Behandlung mit gebrannter Magnesia (Clavué) 281.
Papulöses Tuberkulid (Lateiner) 348.
Papulosquammöses Tuberkulid, bakteriologische und histologische Untersuchungen (Lateiner) 854.
Paraffin-Plastik der Nase (Burak) 279.
Parakasein, tryptische und peptische Spaltung (Hösl) 555.
Parakaseinkalk, tryptische und peptische Spaltung (Hösl) 555.
Paralyse (Milian) 765.
Paralyse agitans im jugendlichen Alter (Willige) 793.
Paralyse, infantile (Debré) 248 — (Hamburger) 251 — (Hernaman-Johnson) 251 — (Hodgetts) 251.
Paralyse, infantile hemiplegische (Gierlich) 569.
Paralyse, hysterische des Larynx (Iribarne) 252.
Paralyse, juvenile; Röntgenbilder (v. Mettenheimer) 68.
Paralyse, spastische des linken Beines (Peltesohn) 542 — spinale (Prigoschin) 580.
Paralyse, spinale transitorische (Bonazzola) 245.
Paralyse, kongenitale und infantile Pseudobulbärparalyse (Oppenheim und Vogt) 791.
Paralyse, zerebrale (Borchardt) 754 — und Intelligenz (Borchardt) 563 — bei intakter Pyramidenbahn (Hoestermann) 791.
Paralyse, spontane Geburtslähmung in Zusammenhang mit Gesichtslage **(Kaumheimer) 455** — Entbindungslähmung des Armes (Lange) 692 — periphere Geburtslähmung (Trevelyan) 260.
Paralyse, Kinder und Ehegatten von Paralytikern (Plaut und Göring) 818.
Paralyse bei Diphtherie (Lafforgue) 253, 574 — (Love) 254, 763 — diphtherische (Porak) 688 — späte tödliche bei Diphtherie (Cassoute) 246, 564 — diphtherische des Pneumogastrikus (Renault und Lévy) 768 — postdiphtherisches familiäres Auftreten (Kayser) 573 — und Serotherapie (Calcaterra) 563.
Paralyse bei Spina bifida (Egloff) 59.
Paralyse, Akkommodationslähmung nach Diphtherie (Oloff) 578.
Paralyse, Augenmuskellähmung bei Neugeborenen (Bartels) 1 — der Musculi recti externi nach Diphtherie (Terrien) 167.
Paralyse des Facialis (Variot und Bonniot) 585, 638.
Paralyse, periodische des Okulomotorius (Koch) 194.
Paralyse des Peroneus nach Poliomyelitis (Griffin) 11.
Paralyse des Plexus brachialis (Lacasse und Pottet) 779.
Paralyse orthopädisch-chirurgische Behandlung (Peltesohn) 541 — Behandlung spastischer Lähmungen durch Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln (Förster) 329 — der spastischen (Stoffel) 770 — chirurgisch-orthopädische Behandlung der spinalen und zerebralen Kinderlähmung (Baisch) 692 — operative Behandlung der zerebralen Kinderlähmung (Guradze) 206 — der Muskeln und Nerven-Anastomose (Kennedy) 252.
Paramelitensis (Negri und Raynaud) 671.
Parameningokokken, Meningitis (Menetrier und Brodin) 764.
Paranoide Symptome (Reuter) 808.
Paranuklein (Robertson) 81.
Paraphimose (Gamrat-Kurek) 642.
Paraplegie, familiäre spastische (Lederer) 198 — bei Spina bifida (Mattei) 268.
Parasiten des Darmes (Railliet) 580.
Parathyreoidea und Tetanie (Bliss) 562 — (Grulee) 759 — (Haberfeld) 800 — Blutungen bei Tetanie (Jovane) 184.
Paratyphus 773 — (Freund) 683 — (Rolly) 337 — Ikterus (Guinon) 570.

Paratyphus-B-Bazillen, Agglutinationsreaktion (Rimpau) 837 — Ubiquität der Paratyphus-B-Bazillen (Schmidt) 337.
Paris, Fürsorge für Kinder mit Knochen- und Gelenkstuberkulose (Joachimsthal) 454.
Parotitis epidemica (Hutinel) 252, 571 — (Poletajeff) 225 — (Thomassian) 595 — sekundäre (Burman) 246.
Parotitis epidemica, Komplikationen (Hutinel) 355.
Parotitis epidemica, sekundäre Meningitiden (Zade-Immigrath) 169.
Parotitis epidemica mit Meningitissymptomen (Soucek) 770.
Parotitis epidemica, Taubheit (Mauthner) 293, 355 — (Lewell) 355.
Parotitis epidemica, Erkrankung des Nervus VIII (Mauthner) 293.
Parotitis epidemica, Augenkomplikationen (Tronyo) 260 — Augenerkrankungen (Grumbach) 570.
Parotitis epidemica, Komplikationen von seiten des Pankreas (Freund) 355.
Parotitis epidemica Dermoidzyste (Kirmisson) 267.
Parotitis epidemica, Kopliksche Flecken (Meill und Gardère) 586.
Pasteurisierung (Neisser) 80 — (Trautmann) 84 — der Milch (Schorer) 359 — Kochpasteurisierung im Hamburger Milchpasteur (Hanne) 77 — Nachweis durch Guajaktinktur (Weigmann) 751.
Patella, Anomalie (Seiffert) 782.
Patella, Fehlen (Firth) 265, 640.
Patella, kongenitale Luxation (Duhot) 264 — (Fiebach) 776.
Paternitätsprozeßrecht, internationales (Engel) 710.
Pathologisches in Veranlagung und Entwicklung (Heubner) 570.
Pavor nocturnus (Boncour) 754 — Behandlung (Périer) 766.
Pektoralis, kongenitaler Defekt (Frick) 590 — (Gundlach) 590 — (Weckbecker) 595 — major, kongenitaler Defekt (Greig) 777 — Defekt und Schulterblatthochstand (Pürkhauer) 319 — kongenitales Fehlen des Muskels (Fitzwilliams) 265.
Pellidol zur Behandlung der Ekzeme (Bantlin) 665, 723.
Pemphigus, kongenitaler (Heulz) 777.
Pemphigus foliaceus (Hazen) 724.
Pemphigus vegetans (Bottelli) 245.
Penis, Hypospadie (Ombrédanne) 269 — peno-scrotale Hypospadie (Ruotte) 271.
Penis, appendikulärer Schwellkörper (Rosenow) 271.
Penis, diphtheroide Bazillen (Kolmer) 167.
Pepsin, Verdauung im Säuglingsmagen (Davidsohn) 359 — im Mageninhalt (Junghans) 556.
Pepsin und Lab (Cohnheim) 76 — (Porter) 81.
Pepsin und Chymosin (van Hasselt) 78 — des Kalbsmagensaftes (Rakoczy) 81 — pepsinarme oder pepsinfreie Chymosinlösungen (Hammarsten) 77.
Pepsin, Spaltung des Kaseins, Parakaseins und des Parakaseinkalkes (Hösl) 555.
Peptischer Abbau von Weizen und Hafer (Klotz) 162.
Peptone, Injektion bei Purpura hämorrhagica (Pirson) 579.
Pepton, Injektionen bei Hämophilie und Purpura (Nobécourt und Tixier) 766.
Perforationsappendizitis (Fischer) 63.
Perhydrol, Konservierung von Frauenmilch (Knape) 79
Pericard, Punktion (Marfan) 268 Röntgenbild (Römheld) 741.
Pericarditis (Nobécourt) 256.
Pericarditis, eitrige (Imervol) 218 — akute eitrige (Barkan u. Lukas) 753 — purulenta (Imervol) 619.
Pericarditis, traumatische (Imervol) 218.
Pericarditis, tuberkulöse (Aguna) 752.
Peritheliom des Hodens (Nizzi) 578.
Peritonitis, akute (Canaguier) 588 — (Canaguier und Hamel) 190.
Peritonitis, fötale (Sella) 640, 782 — (Durante) 589.
Peritonitis, tuberkulöse (Acker) 261
Peritonitis tuberculosa (Acker) 261 — (Bradshaw) 453 — (Cassel) 435 — (Guibal) 570

— (Klotz) 37 — (Meeker) 764 — (Meyer) 576 — (Okada) 578 — (Weill und Péhu) 437 — chronische (Roussiel) 454 — Radiumbehandlung (Balsamoff) 753.
Peritonitis durch Pneumokokken (Barlin) 619, 753 — (Cameron) 755, 775 — (Gugelot) 266 — (Maidagan) 779.
Peritonitis durch Diplokokken (Salzer) 840.
Perityphlitis (Sheffield) 594 — intra- und perihepatische Affektion (Mgaloblischwili) 592.
Perkussion des Abdomens (de Lange) 622 — der Lungenspitzen (Gradl) 569.
Peroneus, kongenitales Fehlen (Rendu) 594.
Peroneus Lähmung nach Poliomyelitis (Griffin) 11.
Peroxydase (Hesse und Kooper) 78 — der Milch (Grimmer) 77, 747 — (Kooper) 748 — (van Eck) 76 — in der Kuhmilch, Verhalten beim Erhitzen (van Eck) 747.
Pertussis (Halisch) 572 — (Hirsch) 760 — (Lesage und Collin) 575 — (Rapp) 580 — (Regnault) 580 — (Rousseau-Saint-Philippe) 582 — atypische (Delcourt) 756.
Pertussis, Ätiologie (Welde) 346 — und Pathologie (Döbeli) 566, 835 — (Feer) 835 — Erreger (Bordet) 754 — ätiologische Bedeutung des Bordetschen Bazillus (Bächer) 753 — Bordet-Gengouscher Bazillus (Finizio) 346 — (Inaba) 635.
Pertussis, Diagnose durch Bordet-Genousche Reaktion (Delcourt) 346, 565, 836.
Pertussis, diagnostischer Wert des Blutbildes (Kolmer) 346 — der Leukozytose (Ashby) 346.
Pertussis, Ansteckungsdauer (Regnault) 346 — Übertragungsversuche auf Tiere (Inaba) 373.
Pertussis in Badeorten (Scheffler) 582.
Pertussis, Rezidiv (Soucek) 770.
Pertussis, Prognose (Léger) 574.
Pertussis, Pathologie und Behandlung (Thorington) 259.
Pertussis, Behandlung (Fischl) 346 — (Galisch) 689 — (Muralt-Rosenfeld, Levy) 346 — (Nobécourt) 256 — (Rosenfeld) 258.
Pertussis, Serumtherapie (Sierra) 635 — Antiserum (Klimenko) 761 — Bordet-Gengousches Serum (Duthoit) 248, 757, 835 — Vakzinebehandlung (Graham) 169, 250 — (Ladd) 689 — (Saunders, Johnson, White und Zahorsky) 314, 769.
Pertussis, Behandlung mit Adalin (Kobrak) 573, 761 — mit Bromotussindämpfen (Hellmann) 251 — Droserin (v. Muralt) 256 — Eulatine (Stheeman) 464 — Guajakoltuberkulin (Mochizuki) 577 — Behandlung mit Ichthyol (Naamé) 346 — Morphiumbehandlung (Pellissier) 579 — Phenokoll (Cazal) 246, 755.
Pertussis, Hemiplegie (Le Grand Kerr) 250.
Pertussis, Neuritis optica (Wiegmann) 346.
Pertussis, Prolaps der Harnblase (Hirokawa) 314, 571.
Pertussis und Diabetes mellitus (v. Starck) 666.
Pertussis und Husten (Lesage u. Collin) 346.
Pertussis und Tuberkulose (Rousseau Saint-Philippe) 258, 769.
Pertussis, Mortalität 773.
Pes equino-varus (Mutel) 593 — (Versepuech) 595.
Pes planus und arteriosklerotische Dysbasie (Brandenstein) 754.
Pes valgus (Ombrédanne) 780.
Pest, Verbreitung (Toyoda und Yasuda) 636 — Vitalitätsdauer des Pestbazillus (Schurupoff) 530.
Pettenkofersche Reaktion (Triboulet) 242.
Pflanzen und Drogen (Mitlacher) 862.
Pflege (Eschle) 418 — körperliche (Duval) 550 — des Kindes im Elternhause (Hochsinger) 857.
Pfortader, Anatomie (Richter) 594.
Pharyngitis (Davis u. Rosenow) 756.
Pharyngitis exsudativa ulcerosa meningococcica (Reiche) 280.
Pharyngitis durch Diplokokken (Kaschiwabara) 761 — septische Übertragung durch Milch (Hamburger) 760.
Pharynx, eigenartige Erkrankung der Schleimhaut (Frese) 281 —

Streptokokken (Stowell und Hillard) 602 — Komplikationen der Influenza (Oppenheimer) 578.
Pharynx, Diphtheroid (Neufeld) 578 — Schutzschirm bei der Racheninspektion (Renault) 300.
Pharynx, kongenitaler behaarter Rachenpolyp (Axhausen) 262, 774.
Phenokoll bei Keuchhusten (Cazal) 246, 755.
Phenolsulfonpthalein zur funktionellen Nierenprüfung (Deutsch) 654.
Phimose (Marx) 268 — (Savariaud) 271 — und Hydrozele (Peiser) 325 — und Nierenerkrankungen (Heinrichsdorff) 531.
Phlegmonöse Diphtherie (Blumenau) 344.
Phlyctaene (Bednarski) 855.
Phlyktäne, Ätiologie (Schütz u. Videky) 436 — Verhalten zur Tuberkulose (Rosenhauch) 442 — Beziehungen zu Skrofulose, Lymphatismus und exsudativer Diathese (Igersheimer) 435.
Phosphaturie, Behandlung mit Atropin (Umber) 216.
Phosphor, Übergang von Mutter auf Fötus (Petrucci) 232.
Phosphor, Einfluß organischer und anorganischer Verbindungen auf die Milchsekretion (Fingerling) 554.
Phosphor, unvollständig oxydierter zur Behandlung der Lungentuberkulose (Romanowsky) 454.
Phosphorhunger im Wachstum (Lipschütz) 217, 239.
Phosphorsäure, Umsatz im Dickdarm **(Blühdorn) 68.**
Phosphorsäure, Stoffwechsel bei knapper und reichlicher Ernährung mit Kuhmilch (Wolff) 462.
Phosphorsäure, Einfluß kalk- und phosphorsäurearmer Nahrung auf die Milchsekretion (Fingerling) 76.
Phosphorstoffwechsel bei wachsenden Schweinen (Weiser) 751.
Phosphorverbindungen, organische als Diätetika (Großer) 205 — Verwertung durch Wiederkäuer (Fingerling) 77.
Phrenicus, Komplikationen bei Tracheo-Bronchialdrüsenerkrankung (Aubertin) 244.
Phthisiogenese (Ranke) 427.
Phthisis bei Kindern (Riviere) 436.
Phytin (Bain) 302.
Phytinum liquidum (Donath) 231.
Pikrinfärbung der Tuberkelbazillen (Wilson) 676.
Pikrinsäure, Behandlung der Vakzination (Schamberg und Kolmer) 582.
Pituitrin (Sikemeier) 583 — Behandlung von Zirkulationsstörungen bei Diphtherie (v. Willebrand) 773.
Plasmazellen in den Tonsillen (Davis) 231.
Plätschergeräusch (Variot u. Morancé) 602, 670 — pleuritisches (Variot u. Rousselot) 772.
Plattfuß (Epstein) 237 — in Volksschulen (Henneberg und Kirsch) 323 — Bolle der langen Unterschenkelmuskeln (Meng) 324.
Plaut-Vincentscher Anginaerreger (Blühdorn) 33.
Plazenta und Milchsekretion (Aschner und Grigoriu) 74, 656.
Plazenta, Tuberkelbazillennachweis in der Plazenta tuberkulöser Mütter (Novak u. Rangel) 348, 430.
Plazentare und kongenitale Tuberkulose (Lenenberger) 430.
Pleura, Empyem (Lateiner) 855 — Klinik und Therapie **(Zybell) 93**, 370 — Trommelschlägelfinger (Rosenzweig) 705.
Pleura, Durchbruch kleiner Empyeme in die Lunge (Schmidt 669.
Pleurahöhle, Dränage (Huber) 571.
Pleuritis (Mackay) 764.
Pleuritis, hämorrhagische (Comby) 218, 619.
Pleuritis, latente (Blanc) 245, 562.
Pleuritis purulenta (Kirmisson) 267 — eitrige (Czaplicki) 854 — doppelseitige (Fabrikant) 310.
Pleuritis, serofibrinöse, Autoserotherapie (Maillet) 576.
Pleuritis bei Gelenksrheumatismus (Hutinel) 252.
Pleuritis, Zunahme der infraklavikulären Expansion (Weill und Gardère) 773.

Pleuritisches Plätschergeräusch (Variot und Rousselot) 772.
Pleuropneumonie, diphtherische (Njewjadomski) 578.
Plexus brachialis, Paralyse (Lacasse und Pottet) 779.
Pneumobazillen, Meningitis (Guinon und Simon) 570.
Pneumogastricus, diphtherische Paralyse (Renault u. Lévy) 768.
Pneumograph (Ssokolow) 33.
Pneumohypoderma (Sheffield) 242.
Pneumokokken, Infektion (Piwowaroff) 225 — (Wadsworth) 463.
Pneumokokken, pseudomembranöse Angina (Reh) 671.
Pneumokokken, Arthritis (Wöhler) 596.
Pneumokokken, Behandlung des Empyems mit Hexamethylenamin (Shattuck) 582.
Pneumokokken, Endocarditis ulcerosa (Dean) 619, 756.
Pneumokokken, Lungenabszeß (Guinon) 266.
Pneumokokken, Meningitis cerebrospinalis (Stefanopoli) 583.
Pneumokokken, Nephritis (Schmarine) 272, 582, 769.
Pneumokokken, Peritonitis (Barling) 619, 753 — (Cameron) 755, 775 — (Gugelot) 266 — (Maidagan) 779.
Pneumokokken, Sepsis (Daniels) 841 — Septikämie (Triboulet) 260 — (Triboulet und de Jong) 176.
Pneumokokken, Erkrankung der Knochen und Gelenke (Uhlmann) 595.
Pneumokokken in der Zerebrospinalflüssigkeit (Lesieur) 575.
Pneumokokkenserum, Neufeld-Händelsches (Geronné) 671.
Pneumokokkenvakzine bei Pneumonie (Dmitrenko) 351.
Pneumonie (Comby) 218, 617 — (Hutinel) 252 — (Joltrain) 572 — (Löwenburg) 763.
Pneumonie, abortive (Rousselot) 769.
Pneumonie, antenatale (Macdonald) 254, 561 — intrauterin abgelaufene (Silberknopf) 200.
Pneumonie, atypische (Schippers) 258, 617.
Pneumonie, experimentelle (Lamar und Meltzer) 351.
Pneumonie, fibrinöse durch Pneumokokken (Larozière) 574, 762.
Pneumonie, krupöse (Ginsburg) 569.
Pneumonie, lobäre (D'Espine) 567.
Pneumonie, Diagnose (Hill) 571 — und Prognose (Mourriquand) 577.
Pneumonie, Blutdruck (Howland und Hoobler) 617 — Leukozytenformel (Jacoubowitsch) 572 — Verhalten der eosinophilen Leukozyten (Arneth) 407.
Pneumonie, Collargolprobe bei tuberkulöser Bronchopneumonie (Lenormand) 574.
Pneumonie, Atmungspausenzyklus (Ott) 668.
Pneumonie, Lokalisation (Engel) 407.
Pneumonie, Laryngospasmus (Weill) 261.
Pneumonie, Behandlung mit Sauerstoffinhalationen (Delcourt) 513 — mit Neufeld-Händelschem Pneumokokkenserum (Geronné) 671 — (Weitz) 842 — Pneumokokkenvakzin (Dmitrenko) 351.
Pneumonie und Emphysem (Gielczynski) 568.
Pneumothorax (Halipré) 571 — künstlicher (Deneke) 589 **(Pielsticker und Vogt) 143,** 669 — (Vogt) 512 — (Volhard) 669. — Einfluß auf die Atemmechanik **(van de Kasteele) 585.**
Polen, Epidemie von Poliomyelitis (de Biehler) 503.
Polioencephalomyelitis (Hounsfield) 252 — Pathologie und Epidemiologie (Parsons) 766 — in South-Staffordshire (Tomkys) 584.
Poliomyelitis epidemische (Aiken) 521 — (Bassoe) 10 — (Beling) 10 — (Buzzard) 755 — (Mc Clanoan) 11 — (Day) 10 — (Dejerine und Long) 756 — (Delherm und Laquerrière) 248 — (Dixon) 10 — (Dumas) 566 — (Epstein) 249 — (Draper) 521 — (Ferrer) 249 — (Flexner) 11, 249, 758, 767 — (Flexner und Clark) 11 — (Flexner, Peabody und Draper) 521 — (Gioseffi) 569 — (Green) 11 — Hariez) 572 — (Hecht) 11 — (Hernaman-Johnson) 266 — (Hervitt)

570 — (Hewitt) 577 — (Hillier) 251 — (Hodskins) 522 — (Hounsfield) 252 — (Jones) 252, 266 — (Kennedy) 11 — (Kling, Wernstedt und Petersson) 253 — (Knox) 11, 573 — (Koon) 11 — (Landsteiner, Levaditi und Pastia) 762 — (Levaditi, Pignot und Leoneano) 762 — (Lovett und Richardson) 11 — (Lutz) 11 — (Lyskawinski) 854 — (Mackenzie) 254 — (Peabody, Draper und Dochez) 766 — (Pisek) 11 — (Renaut) 593 — (Richardson) 522 — (Rork) 12 — (Rosenau, Sheppard und Amoss) 581 — (Ruth) 12 — (Schaub) 258, 582 — (Schreiber) 258, 582 — (Skoog) 12 — (Soltau) 259 — (Sophian) 522, 583, 770 — (Starke) 770 — (Steele) 12 — (Taylor) 259 — (Thompson) 522 — (Tinel-Giry) 584 — (Violi) 506 — (Walt) 12 — (Webster) 261 — (Widal, Brodin, Levaditi und Leoneano) 576, 773 — (Wilkinson) 261, 586 — (Williams) 522 — (Wilson) 522 — (Young) 12.

Poliomyelitis, Sammelreferat über amerikanische Literatur (Wachenheim) 10, 521.

Poliomyelitis, Geschichte und Bibliographie (Becker) 562.

Poliomyelitis, Nomenklatur (Randolph) 11.

Poliomyelitis, Anatomie (Piotrowska) 579 — Histopathologie des präparalytischen Stadiums (Allen) 10.

Poliomyelitis, Pathologie (Peabody) 522 — (Jobling) 522 — pathologische Untersuchung (Skoog) 770.

Poliomyelitis, sporadische akute (Proschkin) 767 — infektiöse oder sporadische (Edgerton) 521.

Poliomyelitis, tödliche (Levaditi) 575.

Poliomyelitis, Reflexe (Schreiber) 505.

Poliomyelitis, Zerebrospinalflüssigkeit (Forbes) 249 — und Blut (Draper und Peabody) 521, 566, 756.

Poliomyelitis, Diagnose (Mettler) 11 — und Prognose (Sill) 12 — und innere Behandlung (Spiller) 12 — in präparalytischen Stadien (Kennedy) 522 — im Frühstadium (Sheffield) 522 — Serodiagnose (Müller) 44 — Wassermannsche Reaktion (Schottmüller) 672 — Diagnose und Differentialdiagnose (Manning) 254 — Differentialdiagnose mit Barlowscher Krankheit (Webster) 261.

Poliomyelitis, Ätiologie und Pathologie (Hillkowitz) 522.

Poliomyelitis, Erreger (Landsteiner, Levaditi und Pastia) 253.

Poliomyelitis, pathologische Anatomie und experimentelle Pathologie (Zappert) 500 — experimentelle (Batten) 753 — (Neustaedter und Thro) 11 — (Römer) 258, 581 — bei Affen (Flexner, Clark u. Dochez) 758 — Infektion von Kaninchen (Marks) 11 — experimentelle Studien (Landsteiner, Levaditi, und Pastia) 253, 574 — Pathologie (Lewis) 11 — Untersuchung (Thomsen) 771 — und epidemiologische Untersuchungen in Schweden (Trethowan) 771 — Verhalten des Giftes bei refraktären Tieren (Levaditi u. Danulesco) 762.

Poliomyelitis, Infektion (Marks) 576 — Durchwandern des Virus durch die Nasenschleimhaut (Levaditi und Danulesco) 763.

Poliomyelitis, Übertragung (Levaditi) 254 — (Levaditi und Danulesco) 762 — (Landsteiner, Levaditi und Danulesco) 574 — (Manwaring) 11. — Verbreitung (Kling, Wernstedt u. Pettersson) 573, 761 — neuropathische Konstitution als ätiologisches Moment (Neustaedter) 522.

Poliomyelitis, Prognose (Mannig) 522.

Poliomyelitis, Abortivfälle (Anderson und Frost) 752 — (Stein) 12.

Poliomyelitis, Initialperiode (Schreiber) 769 — Frühstadien **(Müller) 281** — akutes Stadium (Stein) 522, 770.

Poliomyelitis, Symptomatologie (Manning) 522 — des Frühstadiums (Müller) 496.

Poliomyelitis, tanzendes Knie (Quénu) 270.

Poliomyelitis, bulbäre (Müller) 43, 765.

Poliomyelitis, meningeale Symptome (Bernard und Maury)

562 — meningitische Form (Baisseau und Troisier) 256.
Poliomyelitis, spinaler Typus (Morse) 11, 577.
Poliomyelitis, zerebrale Formen (Koplik) 11, 591 — mit Beteiligung der Hirnrinde (Clark) 521, 755.
Poliomyelitis, ataktischer Typus (Batte) 10.
Poliomyelitis, milde Formen (Bullard) 521.
Poliomyelitis, rapid tödliche Formen (Manning) 522.
Poliomyelitis, seltenere Läsionen (Heß) 521 — ungewöhnliche Phänomene (Greenwald) 521 — Typen (Williams) 522.
Poliomyelitis, Kasuistik (Levaditi, Pignot und Leoneano) 575.
Poliomyelitis, lokale Epidemie (Currie und Bramwell) 565, 756 — akute familiäre Epidemie (Lemoine) 253, 574.
Poliomyelitis und Schule (Langer) 469.
Poliomyelitis, Epidemiologie (Fritz) 758 — Müller) 494 — (Pettersson) 504 — und Ätiologie (Dixon und Karsner) 10.
Poliomyelitis in Anjou (Grosgeorge) 569 — in Buenos-Aires (Aguna und Schweizer) 560 — in Cornwall (Gregor u. Leonhard) 569 — (Hopper u. Gregor) 251 — in Derbyshire (Hay Moir) 255 — in Frankreich (Netter) 504 — in Hampshire (England) 248 — in Huntingdonshire (Moss-Blundell) 577 — in Iowa (Bierring) 521 — in Kalifornien (Gundrum) 521, 759 — in Kärnten (Puschnig) 580 — in Leyden (Gorter) 503 — Massachusetts (Lovett und Sheppard) 575 — in Missouri (O'Reilly) 11 — in Norwegen **(Johannessen) 424**, 502 — Epidemie in Otsch-Landsberg (Kandutsch) 353 — in Plymouth, Stonehouse und Devonport (Soltau) 583 — in Polen (de Biehler) 503 — in Rio de Janeiro (Figueira) 506 — in Schweden (Wernstedt) 503 — in South-West-Norfolk (Cross) 565, 570 — steirische Epidemie 1909 (Langer) 469 — in den Vereinigten Staaten und Kanada (Lovett) 11 — Epidemie in Ungarn (v. Bokay) 501.
Poliomyelitis, Statistik (Hodgetts) 11.
Poliomyelitis, Klinik und Behandlung (Jacobs) 522.
Poliomyelitis, Prophylaxe u. Behandlung 587 — (Amesse) 521 — (Popper) 531, 580 — Verhütung von Epidemien (Starr) 12.
Poliomyelitis, Behandlung (Hoag) 522.
Poliomyelitis, chirurgische Behandlung (Davis) 10 — (Hernaman-Johnson) 570 — (Kirmisson) 267 — (Lewis) 522 — (Nicod) 765 — (Ombrédanne) 506 — (Taylor) 522 — (Veau) 260 — chirurgisch-orthopädische Behandlung (Baisch) 692.
Poliomyelitis, Erleichterung überbleibender Peroneuslähmung (Griffin) 11.
Poliomyelitis, mechanische Verhütung und Behandlung der Difformitäten (Townsend) 522.
Poliomyelitis, Behandlung durch Ruhigstellung (Mayer) 44.
Polyarthritis deformans (Deléarde und Fontan) 264.
Polyarthritis und Tonsillitis (Roethlisberger) 170.
Polyzythämie und Plethora (Hirschfeld) 618.
Polydaktylie (Cramer) 589 — (Voron und Gravier) 783.
Polygraph bei Herzerkrankungen (Pisek und Coffen) 183, 257, 579.
Polykohlehydrate in der Säuglingsernährung (Brady) 658.
Polyneuritis (Stein) 64.
Polypen in den Choanen (Caradec) 588.
Polyp, kongenitaler behaarter Rachenpolyp (Axhausen) 774 — der Harnblase (Koll) 267.
Polyserositis (Eckert) 757.
Polyurie (Weber) 772.
Pommern, Säuglingssterblichkeit (Busse) 597.
Pottsche Krankheit, Behandlung (Andrieu) 261 — (Mason) 454 — operative Behandlung (Whitmann) 273.
Präventivimpfung (Wylezynski) 855.
Preußen, Geburtenrückgang (Pistor und Dietrich) 785 — Säuglingssterblichkeit (Behla) 274.
Processus mastoideus siehe Warzenfortsatz.

Prolaps, kongenitaler (Graf) 265, 777.
Prolaps des Darmes (Jorge) 778 — des Rektums, operative Behandlung (Sack) 594 — operative Behandlung des Mastdarmvorfalles (Sack) 271.
Prolaps der Harnblase bei Pertussis (Hirokawa) 314, 571.
Pronation douloureuse (Cavard) 263 — (Vauvray) 595.
Prophylaxe beim Kind (Hoag) 231, 548.
Proteolytisches Ferment im Säuglingsstuhl (Filia) 238.
Protozoen in den Organen (Mouchet) 232.
Prowazeck - Halberstädtersche Körperchen bei Trachom (Heinemann) 356.
Prurigo (Morris) 616.
Pruritus (Ahlendorf) 560.
Pseudoappendizitis, lymphatische (Lieblein) 189.
Pseudoaszites (de Lange) 268, 622.
Pseudobulbärparalyse, kongenitale und infantile (Oppenheim und Vogt) 791.
Pseudodiphtheriebazillen (Cave) 564.
Pseudohydrozephalus (Variot, Pironneau und Petit) 273.
Pseudomonas fragaroidea Huss (Fettick) 76
Pseudoneuritis des Sehnervenkopfes (Salzer) 3.
Pseudo - Sarkom der Kniekehle (Codet-Boisse) 775.
Pseudotetanus (Tüchler) 702.
Psoriasis, Erblichkeit und Pathogenese (Marcuse) 576.
Psychische Störungen im Zusammenhang mit asphyktischen und schwerer Geburt (Hannes) 818 — Sonderzustände im Jugendalter, Sammelreferat (Klotz) 787.
Psychogene Akinesie (Goett) 371.
Psychologie der moralisch verkommenen Kinder (Dosai-Revesz) 807 — Freudsche in ihrer Anwendung auf das Kindesalter (Paul) 766.
Psycho-neuro-muskuläres Syndrom (Collin) 755.
Psychopathie, diagnostische Methoden (Gött) 250.
Psychopathische Konstitutionen (Ziehen) 800 — und Erziehung (Binswanger) 562.
Psychopathische Kinder im Elternhause (Major) 743.
Psychose (Mayer) 808 — bei Geschwistern (Frankhauser) 568, 818 — bei Masern und einfachen Anginen (Lagane) 762 — nach Staphylokokkeninfektion (Ley) 763 — und Schädeltrauma (Kopystinski) 818.
Ptosis, abdominale (Pierre) 270 — (Variot) 273.
Ptosis, kongenitale (Hüttemann) 778 — mit Heredität (Hüttemann) 2.
Pubertät (Godin) 231 — und Sexualität (Kohl) 551 — im Zusammenhang mit Geistesstörung (Tridon) 584.
Puerikultur (Balata) 596 — (Deshayes) 784 — intrauterine (Leblanc) 275 — im Altertum (Kaminzer) 275, 598.
Pulmonalarterie, kongenitale Atresie des Ostiums (Sudhoff) 595.
Pulmonalstenose, angeborene; Diagnostik und Ätiologie (Weiß) 773.
Puls, Verlangsamung (Echenique) 844 — und Blutdruck beim Kind (Muggia) 232 — Veränderungen beim Neugeborenen im Wachen und im Schlaf (Balard) 739 — beim Kind (Garmier) 548 — sinkende Pulsfrequenz bei wachsenden Hunden (v. Lhota) 548.
Puls bei Typhus (Collen) 564 — kardiosphygmographische Untersuchungen bei Typhus (Schlieps) 337.
Pupille, angeborene Ektopie mit Linsenluxation (Seefelder) 3.
Purpura fulminans nach Scarlatina (Mc Cririk) 565, 723, 756.
Purpura haemorrhagica (Cannata) 28 — (Pirson) 579 — (Strattford) 259 — bei Malaria (Goussis) 29 — und Rubeola (Stratford) 584.
Purpura, Henochsche; Behandlung mit menschlichem Blutserum (Wilson) 773.
Purpura bei Meningokokkie (Triboulet, Debré und Paraf) 771.
Purpura durch venöse Drucksteigerung (Weill und Chalier) 261.
Purpura, Behandlung mit Peptoninjektionen (Nobécourt und Tixier) 766.

Purpura, herdförmige Degeneration der Thyreoideaepithelien (Pettavel) 257, 579, 767.
Putativkinder (Horn) 333.
Pyämie durch Streptokokken (Deshayes) 280 — Behandlung mit Antistreptokokkenserum (Bryan) 314.
Pyelitis (Smith) 272 — (Still) 782 — akute (Hatch) 777 — chronische rezidivierende (Birk) 670 — primäre beim Säugling (Fotheringham) 265.
Pyelo-Cystitis (Terrien) 272.
Pyelonephritis (Petitjean) 270.
Pylorospasmus (Bondy) 853 — (Fuyinami) 568 — (Génévrier) 359.
Pylorus, hypertrophischer muskulärer (Shaw und Ordway) 242.
Pylorushypertrophie (Mac Cracken) 553 — (Morquio) 765.
Pylorusstenose (Génévrier) 233 — (Lewitt und Porter) 749 — (Marfan) 749 — (Morse) 557 — (Porter) 558 — (Richter) 241 — (Smedley) 242 — (Toporski) 559 — (Weill und Gardère) 560.
Pylorusstenose, angeborene hypertrophische (Gavin) 554 — (Katzmann) 239 — (Richards) 241 — hypertrophische (Bunts) 164 — (Chatelin) 237 — (Coombe) 237 — (Fredet) 747 — (Ibrahim) 748 — (Lewitt und Porter) 239 — (Shaw u. Ordway) 242.
Pylorusstenose bei älteren Kindern (Graham) 27.
Pylorurstenose, Magenerweiterung (Rohmer) 397 — mit Magendilatation (Weil u. Gardère) 243.
Pylorusstenose und Erbrechen (Leduc) 749.
Pylorusstenose, Diagnose (Gittings) 554 — und Therapie (Lowenburg) 240.
Pylorusstenose, Symptomatologie und Therapie der kongenitalen (Bönning) 552 — Operation der angeborenen (Rammstedt) 409.
Pylorusstenose, tuberkulöse (v. Tappeiner) 436.
Pyodermitis (v. Verbizier) 725.
Pyonephrose (Bowen) 588.
Pyopneumothorax (Renault u. Lévy) 768.
Pyozyanase, Wirkung auf Diphtherietoxin (Morgenroth 577 — bei Persistenz der Diphtheriebazillen (Löresen) 344.
Pyrogallolsalbe bei Spina ventosa (Kennerknecht) 173.

Quantitative Analyse der Menschen- und Kuhmilch (Meigs und Marsh) 240.
Quarzlampe bei Lupus vulgaris (Stümpke) 455.
Quecksilber, Übergang von Mutter auf Fötus (Petrucci) 232.
Quecksilber, Einfluß der Quecksilberdämpfe auf die Milchsekretion (Opitz) 240 — (Perrin) 557.
Quecksilber, Behandlung bei heredo-syphilitischer Keratitis (Fromaget) 249.
Quecksilber, Behandlung der Tuberkulose (Wright) 455.
Quecksilber, Kiefernekrose (Rocher) 768.

Racheninfektion mit Drüsenschwellung (Van der Bogert) 563.
Rachenmandeln, nasale Fortsätze (Meyer) 280.
Rachischisis lumbosacralis (Dück) 757.
Rachitis (de Bruin) 263 — (Chatelin) 246, 755 — (Fischl) 616 — (Kassowitz) 306 — (Kußkow) 761.
Rachitis, Ätiologie (Klotz) 666 — und Behandlung (Variot) 260 — Pathogenese und pathologische Anatomie (Delannoy) 565.
Rachitis, Pathogenese (Silvestri) 259.
Rachitis, experimentelle (Marfan und Feullié) 181 — Untersuchungen (Dibbelt) 29.
Rachitis, Kontagiosität beim Tiere (Delcourt) 510.
Rachitis, Kalkstoffwechsel **(Schabad) 63** — Kalkgehalt der Organe (Provinciali) 558.
Rachitis, Beziehungen zu den blutbildenden Organen (Aschenheim) 561 — Blutuntersuchung (Aschenheim) 244 — Morphologie des Blutes (Ostrowsky) 219, 578, 766, 856 — Anämie (Ashby) 244.
Rachitis, schwere Knochenveränderungen (Comby) 364 — Verbiegungen des Oberschenkels (Veau) 273 — multiple Frakturen (Petit de la Villéon) 270 —

Einfluß der Sonnenstrahlen auf die Knochenentwicklung (Raczynski) 510.
Rachitis, Röntgenbilder (von Mettenheimer) 68.
Rachitis und Mikromelie (de Bruin) 754.
Rachitis und Osteomalazie (Ogata) 256, 307.
Rachitis mit Hypotrophie und Tuberkulose (Robert) 436 — und Tuberkulose (Marfan) 436.
Rachitis, Beziehungen zu Zahnkrankheiten (Birkenthals) 416.
Rachitis, Behandlung (Andion) 453 — (Barbarin) 245 — (Marfan) 254.
Rachitis, Wirkung des Lebertrans **(Schabad und Sorochowitsch) 4** — Wesen der günstigen Wirkung des Lebertrans (Schabad und Sorochowitsch) 30.
Rachitis, physikalische Behandlung (Kirchberg) 573 — Thalassotherapie (Périer) 579.
Rachitis, Frühbehandlung der rachitischen Beindeformitäten (Lindemann) 319 — postoperatives Längenwachstum der Knochen (Brandenberg) 774.
Rachitis, Chirurgie (Taylor) 782, 595 — Redressement alter Deformitäten (Machard) 779.
Rachitis in Deutsch-Ostafrika (Peiper) 579.
Radiographie bei Achondroplasie (Weill) 773.
Radiotherapie der Drüsentuberkulose (Foisy) 758 — der tuberkulösen Drüsenerkrankungen (de Laborie) 592.
Radiotherapie der Thymushypertrophie (Ribadeau-Dumas) 768 — (Ribadeau-Dumas und Weill) 580.
Radiumemanation und Wachstumsförderung (Falta und Schwarz) 548 — bakterizide Wirkung (Chambers und Ruß) 655.
Radium bei tuberkulösen Erkrankungen (Salzmann) 455 — Behandlung bei tuberkulöser Peritonitis (Balsamoff) 753.
Radium, Behandlung des Sarkoms (Sterling Ryerson und Wickham) 595.
Radiumtherapie des Naevus vasculosus (Weinberg) 596.
Radius, Luxation (Kirmisson) 778 — Subluxation (Vauvray) 595 — kongenitale Luxation (Mayr) 779.
Rash, skarlatiniformer in Verlaufe von Varizellen (Chevron) 247.
Rassenhygiene und Volksgesundheit (Havelock) 860.
Raynaudsche Krankheit (Beck) 753 — (Crespi) 756 — (Variot) 585, 772 — (Variot und Morancé) 187.
Raynaudsche Krankheit und Skarlatina (Laruelle und Leroy) 574.
Raynaudsche Krankheit und hereditäre Syphilis (Vignolo-Lutati) 772.
Recht des Kindes (Scott) 785 — (Vinck) 276 — des ungeborenen Kindes auf Leben (Platz) 599.
Recklinghausensche Krankheit (Rolleston und Macnaughtan) 768.
Rectalinstillation (Bendix) 53.
Rectum, Blutung (Ries-Finley) 558.
Rectum, Mißbildung (Bodkin) 262 — angeborenes Fehlen (Joyeux) 778.
Rectum, operative Behandlung des Prolapses (Sack) 271, 594.
Reden und Abhandlungen (Heubner) 332.
Reduktaseprobe (Barthel) 74 — der Milch (Morres) 80.
Reflex, kontralateraler (Brudzinski) 185.
Reflexe beim Neugeborenen (Müller) 741.
Reflexe, bedingte (Moro) 226.
Reflexe, vom Ohr ausgelöst (Urbantschitsch) 292.
Reflex, Reizung der Vaguszentrums (Brand) 639.
Reflexe bei Poliomyelitis (Schreiber) 505.
Reflexe bei Nephritis und Urämie (Dietz) 566.
Reflexneurosen nasale (Killian) 281 — (Piffle) 282.
Refraktometrie des Chlorkalziumserums der Milch (Mai und Rothenfusser) 79 — des Chlorkalziumserums (Alpers) 745.
Reichert-Meißlsche Zahl (Siegfeld) 83 — Bestimmung mittels Glyzerinkalilauge ((Kreis) 79.
Reichs-Medizinalkalender 1913 519.
Reizstoffe, Einfluß auf die Milchsekretion (Fingerling) 76.

Resorption im Darm (Finkelstein) 554.
Resorzinöl, Laryngospasmus nach Instillation (Raillet) 185, 767.
Respiration, Atmungsgymnastik (Desfosses und Burmann-Oberg) 248.
Respiration, spirometrische Untersuchungen (Lederer und Vogt) 601.
Respiration, Abschwächung des Vesikulāratmens an den Lungenspitzen (François) 568.
Respiration, abdominokostaler Index (Merklen) 232.
Respiration, intrauterine Atembewegungen des Fötus (Reiferscheid) 232.
Respiration, Methoden der künstlichen Atmung (van Eisselsteijn) 650.
Respiration bei adenoiden Vegetationen (Labouré) 253.
Respiration bei nasaler Insuffizienz (Merklen) 232.
Respiration, verlangsamte infolge Nasenleidens (Stein) 281 — Verlangsamung bei tracheobronchialer Adenopathie (Aubertin) 375.
Respiration der Taubstummen (Stern) 770.
Respiration der Geistes- und Nervenkranken (Bornstein) 800.
Respirationserkrankung, Bakteriologie (Brückner, Gaethgens und Vogt) 843 — bakteriologische Untersuchung (Vogt) 350.
Respiratorischer Affektkrampf (Ibrahim) 572, 800.
Respiratorischer Index bei nasaler Insuffizienz (Merklen) 255.
Respiratorischer Stoffwechsel (Schloßmann) 21, 241 — Einfluß mäßiger Temperaturschwankungen (Schloßmann und Murschhauser) 559 — bei extremen Außentemperaturen (Murschhauser) 557.
Restaurants gratuits für Stillende (Clétiez) 784.
Retina, juvenile Netzhautgefäßerkrankungen (Cords) 1.
Retina, Anomalie (Gilbert) 759.
Retina, Kolobom (Meißner) 2.
Retina, Gliom (Gallus) 1 — Struktur des Netzhautglioms (Leber) 2 — doppelseitiges Gliom (Knieper) 2 — Spontanheilung des Glioms (de Kleijn) 2.
Retina, Tuberkulose in der Ätiologie der proliferierenden Veränderungen (Axenfeld) 434.
Retropharyngealer Abszeß (Adam) 281 — (Basany) 280 — (Comby) 264 — (Menier) 280 — (Ombrédanne) 269 — letale Blutung (Sokoloff) 280.
Retropharyngealer Abszeß nach Otitis externa (Tanturri) 280.
Retropharyngealer Abszeß, Behandlung (Comby) 848.
Rheumatische Konstitution (Duckworth) 566.
Rheumatismus (Dyer) 566 — (Gossage) 569, 634, 759 — (Neß) 765 — (Poynton und Paine) 593.
Rheumatismus, Pathologie (Heubner) 60.
Rheumatismus, Stoffwechsel (Winters) 261.
Rheumatismus akuter (Langmead) 253, 574.
Rheumatismus, chronischer (Navarro) 577.
Rheumatismus nodosus (Berkowitz) 834.
Rheumatismus, zerebraler (Bourlon) 754 — (de Freigny und Meslay) 758.
Rheumatismus, tuberkulöser (Veras) 436 — polyartikulārer (Curtillet und Lombard) 247.
Rheumatismus, nervöse Symptome (Poynton) 580, 767.
Rheumatismus und Herzfehler (Higgs) 251.
Rheumatismus, Tonsillenkrankung und Herzfehler (Higgs 251.
Rheumatismus, Komplikationen (Poynton) 257.
Rheumatismus, Pleuritis bei Gelenkrheumatismus (Hutinel) 252.
Rheumatismus, Behandlung der Komplikationen (Baginsky) 536 — Vakzinebehandlung (Bale) 244.
Rheumatoide Arthritis (Jordan) 591.
Revariolisation (Bron) 841.
Rhinitis, membranöse (Forbes und Newsholme) 310, 567.
Rhinitis, spastische (Toussaint) 584.
Rhinitis, septische bei Scharlach; Bakterienbehandlung (Kolmer und Weston) 573.
Rhinolith (Barraud) 588.
Rhinologische Literatur, Sammelreferat (Goeppert) 279.

Rhinologie, Sammelreferat (Hempel) 570.
Rhino-Pharynx, chronische Erkrankungen (Laval) 574.
Rhinorrhöe, Chlorkalzium (Lake) 279.
Riesenkinder (Buecheler) 784 — (Oyamada) 269, 307, 780.
Riesenwuchs (Garnier) 265 — angeborener partieller (Weihe) 783 — angeborener halbseitiger partieller (Tugendreich) 60.
Rigasche Krankheit (Labbé) 574.
Rindertuberkulose, Bedeutung für die Entstehung der Tuberkulose im Kindesalter (Hohlfeld) 439.
Rippe, Osteomyelitis (Savariaud) und Pont) 272.
Rippe, Mißbildung (Apert) 262.
Rittersche Krankheit siehe Dermatitis exfoliativa neonatorum.
Rohrzucker, Wirkung **(Heim) 134.**
Romauxan (Hofmann) 555.
Röntgendiagnostik der Magenkrankheiten (Faulhaber) 365 — Größenbestimmung des Magens (Hoffmann) 555.
Röntgenkymographie (Gött und Rosenthal) 655.
Röntgentherapie, bei Sarkom (Harris) 590.
Röntgentherapie bei chirurgischer Tuberkulose (Baisch) 453 — (Barjon) 453 — der Zervikaldrüsentuberkulose (Leonard) 454.
Röntgenbehandlung der Halsdrüsen und Knochentuberkulose (Rafalowski) 454, 593.
Röntgenuntersuchung des kindlichen Magens (Alwens und Husler) 745 — der Nasennebenhöhlen (Haike) 707 — bei Lungentuberkulose (Cole) 445 — der tuberkulösen Wirbelsäule (des Abbayes) 593.
Röntgenverfahren in der Kinderheilkunde (Reyher) 706.
Rouen, Maison de l'Enfance (Macqueron) 275.
Rüben, schädliche Eigenschaften der gelben (Lehmer) 556.
Rubeola (Strattford) 259 — Leukozytenuntersuchungen (Anglada) 244 — vakzinale Allergie (Netter, Philbert und Porak) 765 — und Purpura haemorrhagica (Stratford) 584.
Rücken, Behandlung des schwachen (Truslow) 273.
Rückenmark, Diagnose von Erkrankungen (Forsyth) 758.
Rückenmark, Verdoppelung (Wiegels) 783.
Rückenmark, hereditäre tertiäre Syphilis (Gaucher) 265.
Rückfallfieber, Reinzüchtung der Spirochaeten (Noguchi) 689.
Ruhr, bakteriologische Befunde bei Gesunden (Mayer) 839 — Bakterien der Gruppe Typhus Y (Messerschmidt) 838.
Ruhr, Epidemie in Kiew (Romm und Balaschow) 838.
Rumänien, adenoide Vegetationen bei Volksschülern (Costiniu) 247.
Rumination beim Kind (Comby) 735 — geheilte (Mayerhofer) 196 — Therapie (Mayerhofer) 607, 749.
Rumpell-Leedesches Phänomen (Michael) 764 — bei Scharlach (Beck) 67 — (Dychno) 224 — (May) 724 — (Michael) 166.
Rüsselbildung bei Zyklopie (Josephy) 591.
Russische Pädiatrie (Sokolow) 330.

Salizylate bei Influenza (Beatty) 753.
Salpeter als Geschmackskorrigens von Handelsmilch (Reiß) 81.
Salpetersäure, Bestimmung in der Milch (Tillmanns u. Splittgerber) 83.
Salvarsan (Bar) 244 — (de Buys) 246 — (Dünzelmann) 383 — (Ginder) 223.
Salvarsan in der Milch (Bornstein) 42, 75 — Milch (Jesionek) 78 — Nachweis von Arsenik in der Milch bei intravenöser Salvarsaninjektion (Chambrelent u. Chevrier) 75, 746.
Salvarsan, Behandlung der schwangeren Mutter (Jaeger) 760 — während der Schwangerschaft (Lorreyte) 575 — bei der stillenden Mutter (Jeanselme) 252, 572.
Salvarsan, Behandlung der Syphilis mit Milch salvarsanisierter Ziegen (Jeanselme, Vernes und Bertrand) 239, 761.
Salvarsan beim Neugeborenen (Chambrelent) 755 — bei Säug-

lingen (Noeggerath) 41 — bei Kindern (La Fetra) 823.
Salvarsan bei Chorea (van Pee) 846 — (Hahn) 44 — (Szametz) 845.
Salvarsan bei Kala-azar (Caryophyllis u. Sotiriades) 246 — (Nicolle) 256 — (Nicolle, Cortesi und Lévy) 256.
Salvarsan bei hereditärer Lues (Andronesen) 723 — bei Lues congenita (Noeggerath) 625, 724 — (Welde) 625, 725.
Salvarsan bei Malaria (Iversen und Tuschinski) 357.
Salvarsan bei Masern (Williams) 773.
Salvarsan bei Noma (Nicoll) 256.
Salvarsan bei Scharlach (Klemperer und Woita) 573, 761 — intravenöse Injektion bei Scharlach (Lenzmann) 575, 685, 724, 762.
Salvarsan in der Augenheilkunde (Seidel) 3 — (Schnaudiegel) 3 — (Tobias) 3 — Wirkung auf das Auge (Flemming) 2 — Wirkung aufs Auge (Igersheimer) 2 — bei sympathischer Ophthalmie (Fleischer) 2 — Behandlung der syphilitischen Augenerkrankungen (Becker) 1 — Augensyphilis (Stuelp) 3.
Salvarsan und Neurorezidiv (Goerlitz) 2.
Salvarsan, Neuritis cochlearis (Knik u. Doppels) 292 — und Hörnerv (Umbert) 292 — Schädigung des Vestibularapparates (Neumann) 292 — (Ruttin) 292.
Salzbäder in Kinderspitälern (Scoarnec) 599.
Salze, Gehalt der Kindernährmittel (Bartley) 236 — der Säuglingsnahrung (Fievez) 734.
Salze im Säuglingsstoffwechsel (Hoobler) 555 — Ausnutzung der Mineralsalze d. Milch (Marre) 363.
Salze, Fiebererzeugende Wirkung (Helmholz) 555.
Salze, Einfluß auf die Hämolyse (Chassin) 553.
Salze, Wirkung auf den Säuglingsorganismus (Schloß) 24.
Salzlösung, Methoden der Infusion (Carruthers) 237 — Gefahren der Injektion (Hort und Penfold) 239.
Salzsäure im Säuglingsmagen (Salge) 215.
Salzwirkung, scheinbar spezifische (Schloß) 362.
Sammelreferat über die Augenheilkunde (Gallus) 1.
Sammelreferat über Bakteriologie 1911 (Messerschmidt) 335, 725.
Sammelreferat über die dermatologische Literatur (Leiner) 713.
Sammelreferat der Milchwissenschaft und Molkereipraxis (Grimmer) 73.
Sammelreferat über die amerikanische Literatur über Poliomyelitis (Wachenheim) 10, 521.
Sammelreferat der rhino- und otologischen Literatur (Goeppert) 279.
Sammelreferat über jugendlichen Schwachsinn und psychische Sonderzustände im Jugendalter (Klotz) 787.
Sammelreferat über Tuberkulose (Schelble) 425.
Samen, Stoffwechselprozeß in reifendem Samen (Zaleski) 84.
Sarkom, kongenitales (Vieille) 595.
Sarkom, retroperitoneales (Kindt) 642.
Sarkom des Beckens (Alexander) 642, 774.
Sarkom, Spindelzellensarkom des Dünndarms (Brun) 774 — des Ileums (Dulitzky) 642.
Sarkom der Niere (Provinciali) 593 — perivaskuläres der Nierengegend (Monti) 701.
Sarkom des Ovariums (Philippsborn) 539.
Sarkom, primäres multiples Riesenzellensarkom der Haut (Odstrčil) 724.
Sarkom, periostales des Humerus (Amaudrut) 587.
Sarkom des Oberkiefers (Rocher) 271, 594.
Sarkom der Thymus (Sheen, Griffith und Schölberg) 272.
Sarkom, Röntgentherapie (Harris) 590.
Sarkomatose der Haut 273 — (Dubreuilh) 264, 589, 776.
Sauerstoff, Inhalationen bei Pneumonie (Delcourt) 513.
Sauerstoff, intraabdominale Anwendung bei tuberkulöser Peritonitis (Meeker) 764.

Sauerstoff zur Behandlung des Scheintodes beim Neugeborenen (Delmas) 756.
Saugkraft (Riva-Rocci) 558.
Säuglingshygiene (Mc Allister) 596.
Säuglingspflege (Engel) 647 — zu Luthers Zeit (Müller) 598.
Säuglingszelte von Chicago (Allin) 274.
Säureagglutination der Bakterien, praktische Verwendung (Schivorsti und Reim) 655 — des Typhusbazillus (Beintker) 682 — und Normalagglutination der Typhus-Coli-Gruppe (Jaffé) 634.
Säuregrad der Milch (Morres) 80.
Säureretention als Krankheitsursache (Hirschstein) 230.
Scarlatina (Berg) 632 — (Cockrell) 564 — (Fischl) 249, 312, 758 — (Fromont) 758 — (Gautier) 686, 759 — (Kolmer) 253 — (Koessler) 573 (Lesage) 858 — (Preisich) 36 — (Sanders) 769 — (v. Szontagh) 466 — (Welsh) 586.
Scarlatina, Ätiologie (Bernhardt) 35, 353 — (Levaditi) 830 — (Nicoll) 256, 578 — (Park) 579 — (Pierce) 257, 579 — (Vipond) 353, 585.
Scarlatina, Streptokokken (Jungmann) 573, 761 — (Schleißner) 353 — (Schleißner und Spät) 353 — hämolytische Wirkung isolierter Streptokokken (Mitra) 166.
Scarlatina, bakteriologische Untersuchungen (Klimenko) 761 — der Lymphdrüsen (Kolmer) 36.
Scarlatina, Komplementablenkung (Kolmer) 573.
Scarlatina experimentelle (Gonget) 632 — (Landsteiner, Levaditi u. Danulesco) 253, 574 — Studien (Malvoz) 254 — Übertragung auf Affen (Hektoen u. Weaver) 570 — (Landsteiner, Levaditi und Prasek) 574.
Scarlatina, Infektionsdauer (Baginsky) 533.
Scarlatina, familiäre Empfänglichkeit und Empfindlichkeit (Banks) 753 — Diagnose (Miller) 255, 765 — (Ostheimer) 256.
Scarlatina, Rumpel-Leedesches Phänomen (Beck) 67 — (Dychno) 224 — (May) 724 — (Michael) 166, 764.
Scarlatina, Diazoreaktion (Woody und Kolmer) 167, 587.
Scarlatina, Ehrlichsche Amidobenzaldehydreaktion (Umber) 771.
Scarlatina, Bordet-Gengousche Reaktion (Barannikow) 224, 353.
Scarlatina, Leukozyten (Georgescu) 249.
Scarlatina, Leukozyteneinschlüsse (Cantacuzène) 246 — (Döhle) 248, 353, 412.
Scarlatina, Leukozyteneinschlußkörper (Höfer) 35, 353 — (Kolmer) 685.
Scarlatina, Leukozyteneinschlüsse (Kretschmer) 311 — (Preisich) 312 — (Ahmed) 312 — (Nicoll) 632 — (Nicoll und Williams) 632, 765 — (Schwenke) 380.
Scarlatina beim Säugling (Buffet-Delmas) 75.
Scarlatina, Herz (Barre) 562 — (Lederer und Stolte) 353 — Scharlachherz (Moltschanoff) 611 — Myokarditis (Weill und Mouriquand) 586.
Scarlatina, plötzlicher Tod bei Myokarditis (Weill u. Mouriquand) 261 — (Thuriot) 260.
Scarlatina, Verhalten des Verdauungsapparates (Tissier) 584, 771.
Scarlatina, Leber (Benard) 562.
Scarlatina, Nebennierenentzündung und Pankreatitis (Tixier und Troisier) 371, 771.
Scarlatina, Angina (Gonget) 632.
Scarlatina, Stomatitis (Hetzer) 760.
Scarlatina, Tracheo-Bronchialdrüsen (Cantacuzène) 263.
Scarlatina und Meningitis (Sachs) 582.
Scarlatina, meningeale Erscheinungen (Cayrel und Weill) 246.
Scarlatina, periphere Neuritis (Clavigny) 564 — Neuritis optica infectiosa (Dutoit) 566, 757.
Scarlatina, nervöse Komplikationen und Nachkrankheiten (Neurath) 578.
Scarlatina, motorische Aphasie (Fröschels) 195.
Scarlatina, Hemiplegie (Leroux) 254.
Scarlatina, Nephritis (Ghys) 568 — (Kirsch) 630 — (Rumianzow) 769 — Folgen der Nephritis

(Stroink) 584 — akute interstitielle lymphozytäre Scharlachnephritis (Schiboni) 769.
Scarlatina, Urämie (Allaria) 244, 561.
Scarlatina, Albuminurie (Pougaud) 580 — chronische Albuminurie nach Scharlachnephritis (Rosenfeld u. v. Rechtenstamm) 525.
Scarlatina, Urobilin- und Urobilinogenurie (Arssenjewa) 223.
Scarlatina, Otitis media (Kruk-Rapoport) 573 — perforativa (Holmgren) 571 — plötzliche Ertaubung bei Otitis (Manasse) 764.
Scarlatina, Funktionsstörungen des Blut- und Lymphgefäßsystems der Haut (Kirsch) 630.
Scarlatina, symmetrische Hautgangrän (Silberstein) 36, 52, 725.
Scarlatina, Gefäßrupturen (Griffiths und Ridell) 280.
Scarlatina, Geschwüre in Kehlkopf, Luft- und Speiseröhre (Oppikofer) 282.
Scarlatina, Ösophagusstruktur (Preleitner) 280.
Scarlatina, nekrotisierende Entzündung (Oppikofer) 578.
Scarlatina, pathologische Luxation des Hüftgelenkes (Schlaaff) 594.
Scarlatina und Erysipel (Bookewitsch) 563.
Scarlatina und Morbillen (Hutinel) 252.
Scarlatina und Purpura fulminans (Mc Cirik) 565, 723, 756.
Scarlatina und Varizellen (Rousset) 582.
Scarlatina, Rezidiv (Griffith) 250 — Statistik (Leroux) 762.
Scarlatina, Mortalität (Schultze) 582.
Scarlatina, Pflege (Sturtevant) 771.
Scarlatina, Diätetik und Therapie (Großmann) 250 — Ernährung (de Biehler) 830.
Scarlatina, Prophylaxe (Pierson) 579 — (Twichell) 585.
Scarlatina, Prophylaxe und Therapie (Lange) 253 — Behandlung und Prophylaxe (Rouèche) 581, 769.
Scarlatina, Behandlung (Fischer) 758 — (Lorcy) 833 — (Marbourg) 576.
Scarlatina, Behandlung und Prophylaxe nach Milne (Gaullieur L'Hardy) 249 — Eukalyptusbehandlung (Körber) 167 — (Kretschmer) 686.
Scarlatina, Salvarsanbehandlung (Klemperer und Woita) 573, 761 — intravenöse Salvarsaninjektion (Lenzmann) 575, 685, 724, 762.
Scarlatina, Elektrargol (Mogilnicki und Gundlach) 852.
Scarlatina, vakzinale Allergie (Netter und Porak) 765.
Scarlatina, prophylaktische Vakzination (Koszkowski und Czarkowski, Wyleczynski) 353.
Scarlatina, Vakzination und Angina (Wladimiroff) 353.
Scarlatina, Streptokokkenvakzine (Roszkowski u. Czarkowski) 852 — (Watters) 261, 586, 772 — Gabritschewskysche Antistreptokokkenvakzine (Sisemski 583.
Scarlatina, Vakzinetherapie der Otitis media (Weston u. Kolmer) 586.
Scarlatina, Schutzimpfung (Gukow) 570.
Scarlatina, Serum Marpmann (Langbard) 574.
Scarlatina, Serumbehandlung (Björkstén) 754, 830.
Scarlatina, Antistreptokokkenserum (Nicoll) 578 — Behandlung mit polyvalentem Antistreptokokkenserum (Fritschi) 568 — Sepsisbehandlung mit Antistreptokokkenserum (Nicoll) 256.
Scarlatina, Mosersches Antistreptokokkenserum (Szekeres) 685 — Behandlung mit Moserserum (Schick) 258, 630, 769 — Heilwirkung des Moserschen Scharlachserums (Rumjanzeff) 224.
Scarlatina, Behandlung mit Rekonvaleszentenserum (Reiß und Jungmann) 257, 768.
Scarlatina, Immunotherapie (Jochmann) 466, 530, 831 — (Otto) 578.
Scarlatina, Bakterienbehandlung septischer Rhinitis (Kolmer und Weston) 573.
Scarlatina, Epidemie in Göttingen (Paganetty) 578.
Scarlatina, Erythem bei Diphtherieseruminjektion (Robert) 768.

Scarlatina oder scarlatiniformes Exanthem (Darcanne-Mouroux) 247.
Scarlatina, scarlatiniforme Eruptionen bei Rekonvaleszenten (Rouèche) 258, 581.
Scarlatiniformes Erythem (Robert) 581 — Serumexanthem (Umber) 585, 686, 725, 771.
Schädel, Perkussion (Fiore) 548.
Schädel, Zirkulationsverhältnisse im Schädelinnern (Stein) 293 — intrakranieller Druck (Lowenburg) 549.
Schädel, Geburtsblutungen (Litwin) 591.
Schädel, Wachstum (Thoma) 550, 744 — Wachstumshemmung (Bonnaire u. Durante) 754.
Schädel, angeborene Anomalie und beiderseitiger kongenitaler Katarakt (Bergmeister) 774.
Schädel, Anomalie der Ossifikation (Tissier und Baudet) 550 — vorzeitige Verknöcherung (Rivière und Secousse) 232.
Schädel, angeborenes Angiom (Payet und Plauchu) 270.
Schädel, Exostose der Schädelwölbung (Matey) 592.
Schädel, Trauma und Hemiplegie (Ferretti) 265 — Trauma und Psychosen (Kopystinski) 818.
Schädel, traumatische Trennung der Lambda- und Petrookzipitalnaht (Gasne) 590.
Schädel, Fraktur (Favre) 776 — (du Pau) 268, 779 — beim Neugeborenen (Fothergill) 265.
Schädel, Schußverletzung (Mattei) 268.
Schädel bei Atrophie (Lesage) 516.
Schädel, Behandlung der Impression (Hoffmann) 266.
Schädellage, intrauterine Belastungsdeformitäten (Zimmermann) 596.
Schaf, Menge, spezifisches Gewicht und Phenolgehalt des Schafharnes (Meyer) 80.
Schanker, extragenitaler (Rocher) 271.
Schardingerenzym (Bach) 74. — in der Milch von euterkranken Kühen (Reinhardt u. Seibold) 81.
Schardingerreaktion der Milch (Rullmann) 82.
Schaumorgane im Kindesalter (Quessel-Lukin) 549.
Scheintod (Gheorghin) 568 — — (Plauchu) 257, 580 — der Neugeborenen (Balard) 753 — (Bar) 244 — (Rudaux) 258, 769 — (Schultze) 258 — (Terson) 259.
Scheintod, Behandlung (Nun) 766 — mit Insufflation (Planchu) 844 — Sauerstoff zur Behandlung des Scheintodes beim Neugeborenen (Delmas) 756.
Scheinzwitter, frühreifer (Asch) 244.
Schenkel, rachitische Verbiegungen (Veau) 273.
Schenkelhals, Fraktur (Savariaud) 272 — (Stephan) 325.
Schichtstar, Behandlung des angeborenen (Kuhnt) 2.
Schielen, Behandlung (Fever) 177 — (Heimann) 624.
Schielen und Gesamtveranlagung (Krusius) 808.
Schlaf, motorische Störungen (Trömner) 806.
Schlaf, Veränderungen von Puls und Blutdruck (Balard) 739.
Schlaf, Chemismus (Hirschstein) 230 — und Energieumsatz (Howland) 239.
Schlaf, Einfluß auf die Enuresis (Collin) 565.
Schlafkrankheit (Sangiorgi) 357 — Ätiologie (Taute) 357 — Verbreitung (Kleine u. Fischer) 357 — Nachweis der menschlichen Trypanosomen (Todd und Wolbach) 357.
Schmutzbestimmung in der Milch (Serger) 83.
Schmutzgehalt der Milch (Rammstedt) 81.
Schrift, Bedeutung des Muskelsinns und der Sehkraft (Ioteyko und Kipiani) 743.
Schularzt (Ayers) 233 — (Bartsch) 742 — (Brockway) 233, 550 — (Cowes) 233 — (Dixon) 742 — (Donald) 742 — (Dorr) 550 — (Heron) 234 — (Holmes) 234 — (Hyde) 234 — (Jones) 234 — (Magnanon) 235, 551 — (Montgomery) 235 — (Rulot und van Buysse) 744 — (Wimmen-Auer) 236.
Schularzt, Tabellenmaterial in den Breslauer Jahresberichten (Cohn) 742.
Schularzt in Deutschland (Steinhaus) 235 — Bericht für Leipzig (Poetter und Kloberg) 235 —

in den bayerischen Mittelschulen (Doell) 234 — im Landkreise Mettmann (Neumann) 551.
Schularzt in einer englischen Stadt (Leubuscher) 743 — in Norfolk (Harrell) 551.
Schularzt in Irland (Gogarty) 234.
Schularzt in Australien (Loydild) 235.
Schulbank (Cohn) 742 — Arbeits- und Ruhehaltungen (Kemsies und Hirschlaff) 235, 551.
Schulbau (Steinhaus) 235.
Schule (Busch) 742.
Schule und Infektionskrankheiten (Davezac) 233 — (v. Drigalski) 742 — (Guinon) 234 — (Hoag und Hall) 551 — (Nageotte-Wilbouchewitsch) 656 — (Netter) 743 — (Otte) 235 — (Toledano) 235.
Schule, Belehrung über ansteckende Krankheiten (Netter) 656.
Schule, kontagiöse Hautkrankheiten (Bowen) 233.
Schule und Diphtherie (Colcord) 564 — (Hüls) 344 — (Jacob) 573.
Schule, Bedeutung bei der Verbreitung der Diphtherie (Stokvis) 468, 551 — Diphtheriebekämpfung (Bernhard) 742 — Bekämpfung der Diphtherie (Seligmann) 259, 344.
Schule, Diphtherie-Bazillenträger (Albert) 244.
Schule und Morbillen (Poelchau) 744 — und Masern (Raffle) 312, 580.
Schule und Poliomyelitis (Langer) 468.
Schule und Tuberkulose (Badaloni) 742 — (D'Espine) 742 — (Kirchner) 742 — (Lorentz) 427 — (Méry) 743 — Bekämpfung der Tuberkulose (Hillenberg) 449.
Schule, Augenüberanstrengung (Bates) 550 — Augenschutz für Schulkinder (Allport) 550.
Schule, nasale Obstruktion (Reynolds) 235.
Schule, Gehör der Schulkinder (Frey) 551 — Prophylaxe der Taubheit (Jacques) 234 — Ohruntersuchungen (Lien) 551 — an der Volksschule zu Berndorf (Alexander) 742 — Statistik der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten (Nörregaard) 280.
Schule und Läusekrankheit (Huet) 551.
Schule und Orthopädie (Badin) 550 — und Skoliose (Lovett) 592.
Schule, Krankheiten in den russischen Mittelschulen (Khlopine) 235.
Schule, Ratschläge über Ernährung (Poelchau) 551.
Schule, hygienische Aufsicht (Haskovec) 656 — Verhältnis des Arztes (Straubenmüller) 551 — ärztliche Behandlung der Schulkinder (Barwise, Priestley und Auden) 233.
Schule, Bestimmung des Ernährungszustandes bei Schulkindern (Wimmenauer) 745.
Schule, physikalische Untersuchung der Schulkinder (Beach) 550 — Untersuchung auf dem Lande (Fort) 550 — Schüleruntersuchungen an höheren Schulen (Schlesinger) 551, 603.
Schule, Binetsche und Simonsche Probe (Descoeudres) 248 — Schüler mit übernormaler Intelligenz (Sakaki) 258.
Schule, körperliche Übungen (Rouyer) 551 — Organisation der Leibesübungen (Langerhans) 743 — körperliche Ausbildung der Jugend in Bayern (Wolffberg) 745 — Fortbildung der schulentlassenen Jugend (Hart) 427.
Schule, Bäder und Duschen (Lenoble) 551.
Schule, Schulspeisung (Wile) 745 — Speisung der Schulkinder in England (Hutt) 234.
Schule, Freiluftschulen (Delperier) 449 — Hohenlychen (Pannwitz) 449.
Schule und Alokohl (Flaig) 742 — (Kschischo) 743.
Schule als sozialer Faktor (Ahlgrimm) 742.
Schule als Faktor in der Bekämpfung der Säuglings- und Kindersterblichkeit (Coit) 742.
Schule, Erwerbsarbeit der Volksschulkinder in Halle (Peters) 235.
Schule, Erziehung zur Arbeit (Dolch) 234.
Schule, Lehrerlasten und Lehrerlohn (Fürth) 234.
Schule, Hochschule und Hilfsschullehrer (Friederici) 742.

Schule, Entwicklung und Ausbau der Hygiene (Lewandowski) 743 — hygienische Aufklärung und und Belehrung (Wallenstein) 745 — Ausbildung der Lehrer in der Gesundheitspflege (Selter) 744 — hygienischer Unterricht (Cerisier) 550 — Gesundheitspflege (Freeman) 234 — Reinlichkeitspflege (Tluchoř) 552.
Schule, Statistik 745.
Schule, Koedukation an den höheren Schulen Württembergs (Kämmerer) 234.
Schule, Steilschrift und Schrägschrift (Devaux) 233.
Schule, zweckmäßige Lage des Unterrichts (Roller) 744.
Schule, frühzeitiger Beginn des Unterrichts (Perrin) 235.
Schule, Fortgangsnote und Turnnote (Dippold) 234.
Schule, Lichtprüfung (Franz) 551.
Schule, Ventilation (Ager) 233.
Schule, hygienische Verhältnisse der Volksschule in Ansbach (Federschmidt) 234.
Schule, Volksschulunterricht in Skandinavien (de Courmelles) 551.
Schülerheim (Schulze) 235.
Schulhygiene (Altschul) 233 — (Burgerstein) 233, 648 — (Hoag) 551 — (Holmes) 742 — (Kemsies) 235 — (Otis, Cabot, Badger, Smith, Goldthwait, Fairbanks) 604.
Schulhygienisches (Sendelbach) 235.
Schulhygiene (Symes) 235 — Warren) 552.
Schulhygiene, Unterricht des Lehrpersonals (Whipple) 236.
Schulhygiene in Japan Franke) 742 — in Serbien (Popowic) 234.
Schulkinder, Eigenschaften normaler und anormaler (Henderschee) 811.
Schulsanatorium in Frankfurt a. Main Herber) 234.
Schulturnen Rothfeld) 744 — orthopädisches: Handbuch Echternach) 418 — Schmidt und Schröder 229.
Schulzimmer Field) 234.
Schulter, kongenitale Dislokation Nuthall) 593.
Schulter, angeborener Hochstand; Röntgenbilder v. Mettenheimer 68. Siehe auch Skapula.
Schulter, Caries Rocher) 781.
Schultergürtel, Bedeutung für Haltungsanomalien und Rückgratsverkrümmungen (Hasebroek) 190.
Schulzesche Schwingungen (Hirsch) 176.
Schutzstoffe, biologische Studien (Beyer) 549.
Schweden, Milchversorgung (Lavialle) 275, 785 — Epidemie von Poliomyelitis (Wernstedt) 503.
Schwedische Gymnastik als Schulturnen (Wagner-Hohenlohbese) 745.
Schwefel und Stickstoff in Nahrungsmitteln (Hirschstein) 408.
Schweinerotlauf beim Menschen (Günther) 838.
Schweißdrüsen, angeborene Sekretstauung (Hinselmann) 724.
Schweiz, Säuglingssterblichkeit (Figowska) 597.
Schwerhörige, Fürsorge in der Schule (Krautwurst) 235.
Schwerhörigkeit bei Erbsyphilis (Beck) 292.
Schwerhörigkeit nach Meningitis cerebrospinalis epidemica (Mauthner) 293.
Schwindel und Gleichgewichtsstörungen bei sekundärer Syphilis (Beck) 292.
Schwachbefähigte Kinder, Hörprüfungen (Raschkowski) 551.
Schwachbegabte Trinkerkinder (Schlesinger) 186, 551.
Schwäche, körperliche und geistige Fürstenheim) 759
Schwachsinn, jugendlicher: Sammelreferat Klotz) 787.
Schwachsinn, Symptomatologie, Diagnose und Therapie (Racike) 257.
Schwachsinn, Größe und Gewicht schwachsinniger Kinder Goddard) 551, 555, 740.
Schwachsinn, überwertige psychische Leistungen (Ziegler) 808.
Schwachsinn, kindlicher und Straffälligkeit Rupprecht) 258, 814 — Beurteilung jugendlicher Schwachsinniger vor Gericht Ziemke 814.
Schwachsinn und Syphilis Smith und Woodford 245.
Schwachsinnige Kinder Großmann 250, 471.
Schwachsinnige, Fürsorge in der Schweiz Kirmsse) 235.
Schwachsinnige, talentierte Berkhan 742, 807.

Schwachsinnigenfürsorge in England (Abramowski) 741.
Schwangerschaft, Ernährung der Schwangeren (Perron) 558 — Chloroformanästhesie (Whipple) 301 — Brustdrüsenhormon der Gravidität (Biedl u. Königstein) 75 — und Tuberkulose (Cristofoletti und Thaler) 756.
Scotts Emulsion zur Behandlung des Allgemeinzustandes bei Augenkranken (Dutoit) 2.
Seborrhoisches Ekzem (Cohn) 755.
Sedo, Behandlung (Maier) 693.
Seehospize (Häberlin) 645 — und Tuberkulosebekämplung (Häberlein) 251.
Seeklima und Kinderkrankheiten (Baginsky) 453.
Seeklimatische Kuren (Helwig) 300.
Seekrankheit (Anton) 791.
Seekur (Azéma) 231.
Seele des Kindes (Ament) 517.
Seewasser, Injektion (Cudennec) 247.
Sehen, zentrales bei angeborener totaler Farbenblindheit (Gertz)) 2.
Sehnen, Verpflanzung (Lange) 328 — Überpflanzungsnaht (Natzler) 329.
Sehnenreflexe bei Chorea minor (Bregman) 563.
Sehprobe zur Untersuchung bei Schulkindern (Wolffberg) 745.
Sehschärfe und Formensinn (Wolffberg) 773.
Sehstörungen, durch Affektionen der Nase bedingt (Baumgarten) 279 — bei Keilbeinentzündungen (Kleyn) 281.
Seife im Säuglingsstuhl (Aviragnet und Dorlencourt) 236.
Seife, Injektion bei chirurgischer Tuberkulose (Delrez) 453.
Selbstmord (Barbaux) 561. — im Kindesalter (Baruck) 753.
Sensibilität des Magendarmkanals (Hertz) 455.
Sepsis durch Pneumokokken (Daniels) 841.
Sepsis durch Parameningokokken (Barral, Coulomb u. Couton) 561.
Sepsis bei Scharlach, Behandlung mit Antistreptokokkenserum (Nicoll) 256.
Sequester des Labyrinths (Hopkins) 266.
Serodiagnostik (Piorkowski) 649.
Serologie, Sammelreferat (Messerschmidt) 725.
Serotherapie, antimeningokokkische (Guignard) 251 — der Influenzameningitis (Wollstein) 350.
Serum, präzipitierendes (Elina) 567.
Serum per os (Cumberlege) 247.
Serum Marpmann bei Scharlach (Langbard). 574.
Serumexantheme, scharlachartige (Umber) 725.
Serumkrankheit (Dubose) 756 — (Gouleff) 569 — (Gouralska) 569 — (Müller) 577 — (Robert) 581, 768 — (Rozenfeld) 855 — (Umber) 585.
Serumkrankheit bei Diphtherie (Bokay, Calvary, Goodall, Hodgon, Rankin und Pryce, Schreiber) 345 — (Keith) 252 — (Roberg) 382.
Serumkrankheit, Diazoreaktion (Woody und Kolmer) 167, 587.
Serumkrankheit und Anaphylaxie (Lafforgue) 740.
Serumtod infolge von Anaphylaxie (Dreyfuß) 34.
Settlement-Arbeit in Wien (Federn) 597.
Sexualität und Pubertät (Kohl) 551.
Sexualverbrecher, jugendliche (Rupprecht) 814.
Sexuell leicht erregbare Kinder (Major) 743.
Sexuelle Erziehung (Wile) 236.
Silbernitrat, Irrigation bei infektiöser Diarrhöe (Smith) 559.
Simonsche Probe (Descoeudres) 248.
Sirenenbildung, anatomische Untersuchung (Brückner) 588.
Sirenenmißbildung, Kasuistik und Genese (Kaufmann) 591.
Sistosches Phänomen bei Syphilis (Ferreira) 516.
Situs viscerum inversus (Barjon und Rendu) 262 — (Cassaet) 775 — (Leroux, Labbé u. Barret) 779 — (Metzger) 269 — (Mueller) 780 — (Deselaers) 589, 775 — (Karashima) 778 — (Müller) 592.
Skandinavien, Volksschulunterricht (de Courmelles) 551.
Skapula scaphoidea (Graves) 818 — (Reye) 818.

Skapula, angeborener Hochstand (Apert) 262 — (Cohn) 775 — (Engelmann) 699 — (Greig) 265 — Hayashi und Matsuoka 777 — (Miyauchi) 780 — (Reich) 781.
Skapula, doppelseitiger angeborener Hochstand (Bibergeil) 319.
Skapula, angeborener Hochstand und Pektoralisdefekt (Pürkhauer) 319.
Skapula, Hypoplasie (Weckbecker) 595.
Skapula, Schmerzhaftigkeit (Kirmisson) 267.
Skelett, angeborene Systemerkrankungen (Fragenheim) 590, 776.
Sklerem (Comba) 237.
Sklerema neonatorum (Simonini) 559.
Sklerem en plaques (Weill-Hallé) 773 — (Triboulet, Ribadeau-Dumas und Debré) 526.
Skleroedema neonatorum (Geiser) 526 — (Sheffield) 242.
Sklerödem und Sklerodermie (Bamberger) 552.
Skleroderma neonatorum (Geisser) 759.
Sklerodermie en plaques (Nicollas und Moutot) 765 — ödematöse generalisierte (Apert u. Leblanc) 32 — mit Raynaudscher Krankheit (Laruelle und Leroy) 574.
Sklerom (Pick) 281.
Sklerose (Burrows) 246 — (Marburg) 703.
Sklerose, multiple (Nebel) 702 — (Wolf) 586, 773.
Sklerose, amyotrophische Lateralsklerose (Boldt) 245.
Sklerotomie bei infantilem Glaukom (Mauch) 576, 764.
Skoliose (Abbott) 261 — (Roth) 781.
Skoliose, kongenitale (Devouges) 589 — (Gourdon) 590 — (Morkownikowa) 780 — (Schasse) 58 — (Siebert) 595 — und juvenile (Reichel) 593.
Skoliose, empyematische (Walther) 595.
Skoliose, pleuritische (Roederer) 768.
Skoliose, statische (Schmidt) 613.
Skoliose der Halsrippen (Miyauchi) 780.
Skoliose, Ätiologie (Chlumsky) 588, 775.
Skoliose und Schule (Lovett) 592.
Skoliose, Behandlung (Calvé u. Lamy) 774 — (Nageotte-Wilbouchevitch) 190 — (Ombrédanne und Lance) 780 — (Privat) 270 — (Steele-Perkins) 272 — (Tubby) 273 — der essentiellen (Chalier) 263 — der mobilen (Wollenberg) 318.
Skoliose, Massage und Gymnastik (Benoit) 262.
Skopolamin-Morphium, Gefährdung der Kinder (Salzberger) 582.
Skorbut siehe auch Barlowsche Krankheit.
Skorbut, infantiler (Frölich) 362.
Skorbut, experimenteller, Einfluß einer einseitigen Nahrung (Holst und Frölich) 360 — des Meerschweinchens (Fürst) 361.
Skotome, zentrale (Gertz) 2.
Skrofulose (Abramowski) 243 — (Hochsinger) 527.
Skrofulose, Diätetik (Moro) 21, 724.
Skrofulose, ophthalmologischer Beitrag (Straub) 770.
Skrofulose, Untersuchung mittels der v. Pirquetschen und Wassermannschen Reaktion (Hertz und Thomsen) 435.
Skrofulose und Tuberkulose (Gorter) 435.
Skrofulose, Keratokonjunktivitis (Colombo) 1.
Skrofulose, Beziehungen zu den phlyktänulären Erkrankungen des Auges (Igersheimer) 435.
Skrofulose, Behandlung (Turzanski) 850 — Thalassotherapie (Périer) 579 — poliklinische Tuberkulinbehandlung (Wittich) 455, 725.
Skrofulose unter Bauernkindern (Besbokowa) 429.
Skrotale Zunge (Comby) 220, 723.
Skrotum, Angiom (Tuffier) 783.
Sojabohne, Nährwert und Verwendung (Neumann) 738.
Sojakuchen, Einfluß auf Butter (Rosengren) 82.
Soldona (von Sobbe) 83.
Sommerdiarrhöe, siehe auch Cholera infantum.

Sommerdiarrhöe (Abt) 552 — (Heiman) 748 — (Löbisch) 557 — (Rulison) 750 — (Synnot) 242, 559, 750.
Sommerdiarrhöe, Prophylaxe (Le Grand Kerr) 238.
Sommerdiarrhöe, Behandlung der epidemischen (Waller, Walker) 243.
Sommerklima und Wohnung in Beziehung zur Säuglingssterblichkeit (Kathe) 598.
Sommersäuglingssterblichkeit in Deutschland **(Risel) 248.**
Sommersterblichkeit (Flügge) 785 — (Kaupe) 785 — (Lesage) 239 — (Liefmann) 785 — (Liefmann und Lindemann) 155, 459 — (Meyer) 275 — (Schwarz) 241.
Sommersterblichkeit 1911 (Royal Society of Medicine) 460 — (Schloßmann) 400.
Sommersterblichkeit der Säuglinge (Rietschel) 276.
Sommersterblichkeit und Wohnung (Kathe) 155.
Sommersterblichkeit in Deutschland (Risel) 397 — in Spanien (Suner) 460.
Somnambulismus (Trömner) 806.
Sonnenbehandlung (Armand-Delille) 679 — der Tuberkulose **(Rollier) 357,** 400, 454, 629 — nach Rollier bei chirurgischer Tuberkulose (Armand-Delille) 316. — (Zadro) 152 — (Jerusalem) 454.
Sonnenerythem, Verhütung durch Zeozonpaste (Klotz) 37.
Sonnenstrahlen, Einfluß auf die Knochenentwicklung bei Rachitis (Raczynski) 510.
Soor, Nachweis (Heidsieck) 570 — Metastasen (Guiart) 238.
Sophol bei Ophthalmia neonatorum (Feulner) 567 — (v. Gratkowski) 569 — bei Ophthalmoblenorrhöe der Neugeborenen (Klatt) 573.
Soybohne (Ruhräh) 241.
Soziale Medizin, Wiener Arbeiten (Teleky) 861.
Spanien, Kinderschutz (Suarez de Mendoza) 515 — Säuglingssterblichkeit (Suner) 460.
Spasmogene Diphtherie (Bitot und Moriac) 754.
Spasmophile Diathese und Barlowsche Krankheit (Kirchberg) 556.
Spasmophilie (Emberg) 567 — (Jamin) 800 — (Kemmetmüller) 705 — (Luzzatti) 254 — (Meyer) 471 — (Peruzzi) 767 — (Stöltzner) 226.
Spasmophilie, milchlose Kost (Raabe) 638, 750, 767.
Spasmophilie und Epilepsie (Cruchet) 565.
Spasmophilie und Bromnatrium (Garzia) 568.
Spasmus glottitis (Chatelin) 246, 755.
Spasmus nutans (Hill) 251, 571.
Speichel, Wirkung auf die Milch (Trachtmann) 559.
Speicheldrüsen, symmetrische Schwellung (Plate und Lewandowsky) 839 — Vergrößerung bei lymphatischer Leukämie (Tileston) 28.
Spezifisches Gewicht und Körpervolumen (Kastner) 22 — Bestimmung am lebenden Säugling (v. Pfaundler) 22.
Sphinkter, Tetanie (Ibrahim) 800.
Spina bifida (Cates) 263, 588 — (Lehmann) 591 — (Mauchet u. Pizon) 592 — (Perlis) 781 — (Pieri) 781 — (Portela) 270 — (Tournier) 783.
Spina bifida, Lähmungen (Egloff) 59.
Spina bifida und Enuresis (Peritz) 44.
Spina bifida und Hypertrichosis (Ebstein) 776.
Spina bifida und kongenitale Skoliose (Lafond) 267.
Spina bifida mit Paraplegie (Mattei) 268.
Spina bifida, Behandlung (Brodmann) 263, 563 — (Moncorvo Filho) 269 — und Resultate (Missmahl) 592 — Radikalbehandlung (Chiavellati) 264 — radikale Behandlung (Douriez) 264 — chirurgische Behandlung (Francisco) 265 — operative Behandlung (Kirmisson, Périer und Potherat) 267 — Erfolge der Operation (Froelich) 265.
Spina bifida occulta (Ewald) 776 — (Vigier) 273 — und Enuresis nocturna (Peritz) 806 — und Hypertrichosis (Ebstein) 265, 589, 806.
Spina ventosa der Tibia (Trèves) 272 — (Trèves und Schreiber) 436.

Spina ventosa, syphilitische (de Lombès) 268.
Spina ventosa, Deformation als Folgeerscheinung (Guillaume-Louis) 266.
Spina ventosa, Behandlung mit Pyrogallolsalbe (Kennerknecht) 173.
Spinalganglien (Zappert) 197, 741 — im Kindesalter (Zappert) 233, 550.
Spirochaete pallida, Züchtung (Noguchi) 673 — (Phillips und Glynn) 257 — Züchtung (Tomasczewski) 357, 673 — im Herzmuskel bei kongenitaler Syphilis (Warthin, Scott und Snyder) 772.
Spirochäte, perkutane Infektion (Schellack) 528.
Spirochäten, Infektionswege und und natürliche Immunisierung (Gonzony) 357.
Spirometrische Untersuchungen über Atmung (Lederer und Vogt) 601.
Splenohepatomegalie, primäre bei Geschwistern (Sheffield) 259.
Splenomegalie (Guthrie) 251, 760 — (Reuben) 182 — familiäre (Leiter) 574 — heredofamiliäre (Bychowski) 563 — Röntgenbilder (v. Mettenheimer) 68.
Spondylitis tuberculosa Extrasystole (Hecht) 705 — tuberkulöse (Janowsky) 223.
Spondylitis bei Typhus (Ardin-Delteil und Coudray) 262, 561, 587 — (Curtillet u. Lombard) 264 — (Lance) 591 — (Raynaud und Coudray) 768.
Spondylitis, Behandlung (Lange) 454.
Sprache (Wreschner) 648.
Sprachdefekte (Fletcher) 249, 471 — (Horn) 251.
Sprachdefekt, kongenitaler (Tait) 259.
Sprachentwicklung u. Sprachstörungen (Villinger) 744.
Sprachfehler bei Kindern (Fletcher) 471.
Sprachstörungen, nervöse (Fröschels) 195, 568.
Sprachstörung, epileptische (Heller) 800.
Sprachstörungen bei Kretinismus (Fröschels) 293.
Sprengelsche Deformität (Engelmann) 699 — (Mitchell) 269.
Sputum, Untersuchung mit Antiformin (Macalister) 676.
Staatliche pädiatrische Gesellschaft (Coit) 231.
Stadtverwaltung und Berufsvormundschaft im Deutschen Reiche (Schmidt) 709.
Stallproben (Behre) 745.
Staphylokokken, Behandlung von Hauterkrankungen mit Wrightscher Vakzine (Renaud-Badet) 580.
Stärke, Verhalten des Dünndarmsaftes (Brugsch und Masuda) 75.
Stärkespaltende Fermente beim Säugling **(Hahn und Lust) 311.**
Statistik der Sterblichkeit 600 — der Säuglingssterblichkeit (Cruveilhier) 274, 597.
Statistik der Erfolge von Fürsorgemaßnahmen (Tugendreich) 599.
Status epilepticus (Smith) 770.
Status lymphaticus (Hall) 572.
Status thymicus (Pende) 579.
Status thymico-lymphaticus (Borchard) 754 — bei Neugeborenen (Unger) 220.
Staubuntersuchungen in Volksschulen (Rothfeld) 744.
Stauungslunge bei Offenbleiben des Ductus Botalli **(Hayashi) 224.**
Steilschrift (Péchin und Ducroquet) 605 — (Devaux) 566 — und Schrägschrift (Devaux) 233.
Steißbein, Teratom (Sucker) 595.
Stenose (Marsh u. Monsarrat) 240.
Sterblichkeit (Halipré) 785 — (Robertson) 276 — (Silbergleit) 785 — (Wile) 600 — (Wolf) 786.
Sterblichkeit der Neugeborenen (Londe) 275 — in den ersten Lebenstagen (Weingeroff) 586.
Sterblichkeit von Mutter und Kind nach Wendung (Tschatskin) 585.
Sterblichkeit, Sommersäuglingssterblichkeit in Deutschland **(Risel) 348** — 1911 (Liefmann und Lindemann) 459 — im Sommer 1911 (Meyer) 275 — 1911 (Royal Society of Medicine) 460.
Sterblichkeit, verhütbare Todesursachen (Davis) 274.
Sterblichkeit, Bekämpfung (Jacobi) 646.
Sterblichkeit und Stillen (Davis) 597 — Einfluß der Milchversorgung (Pisek) 276 — und kondensierte Milch (Loir) 785.

Sterblichkeit auf dem Lande (Cruveilhier) 274.
Sterblichkeit wegen schlechter Hauspflege (English) 597, 784.
Sterblichkeit, Verhältnis der venerischen Krankheiten (Morrow) 275.
Sterblichkeit und Auslese (Kaup) 598.
Sterblichkeit und Hebammenfrage (Shaver) 599.
Sterblichkeit und Frauenarbeit (Wardmann-Wilbourne) 276.
Sterblichkeit, Verhältnis sozialer und ökonomischer Umstände (Levy) 193.
Sterblichkeit in Belgien (Casse) 274 — in Berlin (Liefmann und Lindemann) 785 — in England (Walter) 599 — in Frankreich 600 — in französischen Arbeiterbezirken (Aweng) 596 — im Departement Meurthe-et-Moselle (Aweng) 274 — in Mecklenburg (Paulsen) 598 — in Mecklenburg-Schwerin **(Brüning) 604** — (Saul) 599 — in New York (Schwarz) 599 — in Pommern (Busse) 597 — (Peiper) 785 — in Preußen (Behla) 274 — in Rochester (Williams) 600 — in der Provinz Sachsen (Seiffert) 599 — in der Provinz Schleswig-Holstein (Hansen) 229 — in der Schweiz (Figowska) 597 — in Spanien (Suner) 460 — in Toulouse (Souquet) 276 — in Tübingen (Veil) 786 — in der Tübinger Poliklinik (Bulach) 274 — in Ungarn (Berend) 596.
Sterno-Cleideo-Mastoideus, Hämatom (Sédillot) 782 — kongenitale Myositis (Durante) 566.
Sterotypien und sonstige katatonische Erscheinungen bei Idiotie (Plaskuda) 818.
Stickstoffansatz und Wachstum (Benjamin und Drey) 394.
Stickstoff und Schwefel in Nahrungsmitteln (Hirschstein) 408.
Stickstoff, stündliche Ausscheidung und Resorption (Haas) 555.
Stickstoff, Stoffwechsel (Aschenheim) 392.
Stickstoffwechsel, Einfluß von Kochsalzinjektionen (Toisianz) 559 — bei intestinalem Infantilismus (Crudden u. Fales) 306.
Stickstoffverteilung im Urin bei Milchernährung (Boekstegers 75, 552.
Stillen (Franz) 17 — (Nadeau) 240 — (Nobécourt) 749 — (Schröppe) 657 — (Willette) 243.
Stillen, Technik **(Thiemich) 405** — äußere Hindernisse (Sterb) 599 — Rückkehr der Milch nach Unterbrechung (Wile) 751 — Brustwarzenhütchen Infantibus (Hahn) 238.
Stillen und Menstruation (Creutz) 746.
Stillen, Einfluß des Alkohols (Raitz) 558.
Stillen und Tuberkulose (Abramowski) 449 — (Deutsch) 449 — (Noeggerath) 449, 766 — bei Tuberkulose der Mutter (Mac Lachlan) 239 — und tuberkulöse Meningitis (Zappert) 431 — tuberkulöser Mütter (Nahm) 749.
Stillen, poliklinische Beobachtungen aus der Stillpropaganda (Mayerhofer) 191.
Stillkrippen (Ganghofner und Schleißner) 192.
Stillprämien (Herrman) 597.
Stillpropaganda und Säuglingssterblichkeit (Davis) 274.
Stillstuben (Ganghofner und Schleißner) 192, 597.
Stillsche Krankheit (Köppe) 206.
Stimmritzenkrampf (Chatelin) 246.
Stirnhöhle, akute Eiterung (Menzel) 279 — Eiterung (Sieur und Rouvillois) 281 — Entzündung (Wildenberg) 282.
Stirnlappenabszeß (Mc Coy) 281.
Stockholm, Gouttes de lait (Lavialle) 275.
Stoffwechsel, Grundsätze beim Studium (Benedict u. Talbot) 745.
Stoffwechsel während der ersten Lebenstage bei künstlicher Ernährung (Birk) 75.
Stoffwechsel von Mutter und Kind nach der Geburt (Carpenter und Murlin) 553.
Stoffwechsel im Knabenalter (Herbst) 460.
Stoffwechsel, endogener (Crudden) 305.
Stoffwechsel, Eiweißstoffwechsel bei Kindern (Schwarz) 241.
Stoffwechsel, Einfluß von Kochsalzinjektionen auf den Stickstoffwechsel (Toisianz) 559.

Stoffwechsel der Mineralsalze (Hoobler) 555.
Stoffwechsel, Einfluß vermehrter Wasserzufuhr (Margolis) 557.
Stoffwechsel, respiratorischer (Schloßmann) 21, 241 — Einfluß mäßiger Temperaturschwankungen (Schloßmann u. Murschhauser) 559 — bei extremen Außentemperaturen (Murschhauser) 557.
Stoffwechsel bei Atrophie (Fife und Veeder) 554.
Stoffwechsel bei Barlowscher Krankheit (Lust und Klocman) 462..
Stoffwechsel bei angeborenem Verschluß der Gallengänge (Niemann) 215.
Stoffwechsel bei experimentellem Kochsalzfieber (Freund und Grafe) 554.
Stoffwechsel bei intestinalem Infantilismus (Crudden) 305 — endogener und exogener bei intestinalem Infantilismus (Crudden und Fales) 306.
Stoffwechsel bei Kala-azar (Scordo) 258.
Stoffwechsel bei Myxödem (Loewy und Sommerfeld) 537.
Stoffwechsel bei Osteopsathyrosis (Bookman) 552.
Stoffwechsel bei Rheumatismus (Winters) 261.
Stoffwechsel, Ausscheidung von Mehl- und Grießbrei **(Pferdsdorff und Stolte) 476.**
Stoffwechsel, Versuche mit Albulaktin (Bornstein) 75.
Stoffwechsel, Apparat zur Sammlung der Exkrete (Du Bois) 22 — Bett für Säuglinge (Howland und Cooke) 22.
Stomatitis (Kerr) 573.
Stomatitis aphtosa (de Quissac Naudin) 580.
Stomatitis bei Scharlach (Hetzer 760.
Storchsche Reaktion (Tillmans) 751.
Strabismus (Dickey) 566 — (Heller) 31, 251.
Strabismus, konvergierender (Mc Cool) 755.
Strabismus, Behandlung 587.
Strafprozeß, Kinder als Zeugen (Seidel) 814.
Stramonium, Vergiftung (Mühlfelder) 538.
Streptokokken, Mastitis (Rullmann) 82 — Pyämie (Deshayes) 280.
Streptokokken in der Milch (Baehr) 552 — (Davis) 671 — (Petruschky) 81 — (Tartler) 83 — und Fäzes (Puppel) 750 — und des menschlichen Rachens (Stowell und Hillard) 602.
Streptokokken, anaerobe in der Vagina (Rosowsky) 741.
Streptokokken bei Scarlatina (Jungmann) 573, 761 — (Schleißner und Spät) 353 — hämolytische Wirkung einiger in Scharlachfällen isolierter Streptokokken (Mitra) 166.
Streptokokkenvakzine bei Scharlach (Roszkowski und Czarkowski) 852 — Vakzine bei Scharlach (Watters) 261, 586 — in der Scharlachprophylaxe (Watters) 772.
Streptokokkeninfektion, Antistreptokokkenserum (Weaver und Tunnicliff) 586.
Stridor congenitus (Beck) 64.
Stridor, kongenitaler laryngealer (Marique) 279 — (Ray) 580.
Struma, Wesen und Ursache (Breitner) 188 — congenita (Bodenstein) 563 — endemische (Schittenhelm u. Weichardt) 649.
Stütz- und Lagerungsapparate (Biesalski) 57.
Sublimat, Instillation in die Nase bei Diphtherie (Ljaschenko) 633.
Sublimat, Verabreichung an die Mutter; Einfluß auf die Verdauung des Säuglings (Haas) 659.
Sublimatreaktion der Säuglingsfäzes (Rottier) 241, 558.
Sutura sagittalis, Veränderungen beim Neugeborenen (Cadre) 552.
Sympathisches System, Erregbarkeit bei Säuglingen (Boschau) 548.
Symphyse, Trennung bei Beckentrauma (Doudon) 589.
Syndaktylie (Cramer) 589 — (Miyata) 780.
Synostose, hereditäre kongenitale beider Vorderarmknochen (Kreglinger) 778 — kongenitale des Vorderarms (Melchior) 475.
Syphilid, Morosche Tuberkulinreaktion (Jadassohn) 572.
Syphilis (Duncan) 757 — (Manne) 576.

Syphilis, kongenitale (Brown) 754 — (Reischig) 580.
Syphilis, hereditäre (Giannelli) 568 — (Robleston) 768 — (Thomas) 584.
Syphilis, hereditäre tertiäre von Hirn und Rückenmark (Gaucher) 265.
Syphilis, hereditäre latente (Variot) 585 — latente (Goldreich) 699.
Syphilis, hereditaria tarda (Berro) 562 — der langen Knochen (Bénazet) 245.
Syphilis, hereditäre der zweiten Generation (Caraco) 246.
Syphilis, hereditäre bei Frühgeborenen (Detré) 747.
Syphilis, akquirierte (Gaucher, Gougerot und Guggenheim) 568.
Syphilis, Diagnose der latenten hereditären (Goldreich) 529 — der hereditären tertiären (Gaucher) 249, 265, 759.
Syphilis, Serodiagnostik (Stiner) 770 — (de Villa) 260 — Serodiagnose (Zehnder) 587.
Syphilis, Differentialdiagnose von angeborener Syphilis und Knochen- respektive Gelenktuberkulose (Cumston) 247.
Syphilis, Diagnose und Behandlung (Arnautovic) 561.
Syphilis, Serumreaktion in der Säuglingspraxis (Ledermann) 762, 823 — Wassermannsche Reaktion (Thomsen und Boas) 725.
Syphilis, Röntgenbilder (v. Mettenheimer) 68.
Syphilis, Vererbung (Rietschel) 768.
Syphilis, späte Übertragung auf Ammen (Variot) 260.
Syphilis, perkutane Infektion mit Spirochäten (Schellack) 528.
Syphilis, Intrakutanreaktion (Nobl und Fluß) 176.
Syphilis, Infektiosität des Blutes (Frühwald) 176 — hereditäre; Blut und blutbildende Organe (Sevestre) 770.
Syphilis, Sistosches Phänomen (Ferreira) 516.
Syphilis, Ernährung syphilitischer Säuglinge (Leuret) 254.
Syphilis, Schicksal der hereditär syphilitischen Kinder (Vas) 317, 626, 725 — Lebensaussichten der kongenital luetischen Kinder (Sprinz) 770.
Syphilis, Entwicklungsstörung der Thymusdrüse (Ribbert) 768.
Syphilis, hämolysehemmende Erscheinungen der luetischen Sera (Popoff) 824.
Syphilis, senkrecht ovale Hornhaut (Rübel) 3, 258.
Syphilis, Schwindel und Gleichgewichtsstörungen bei sekundärer (Beck) 292.
Syphilis, extragenitaler Schanker (Rocher) 271 — Schanker des Augenlides (Rollet und Grand-Clément) 258.
Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes (Zinsser) 517.
Syphilis der Lunge (Stanley) 259.
Syphilis, kongenitale Herzsyphilis (Warthin) 357 — Aortitis bei kongenitalsyphilitischen Kindern (Rebaudi) 529, 580, 768 — Spirochaete pallida im Herzmuskel (Warthin, Scott und Snyder) 772.
Syphilis des arteriellen Gefäßsystems (Biermann) 42.
Syphilis, Veränderungen der Nabelschnur (Dominici) 756.
Syphilis, Gefäßerkrankung der Leber (Lühmann) 673, 763 — kongenitale Lebercirrhose (Günther) 570 — ikterische Lebererkrankungen (Rosenberg) 534, 725.
Syphilis der Nieren (Hahn) 535, 571 — (Pfeiffer) 579.
Syphilis, Anasarka ohne Albuminurie (Déléarde u. Repellin) 621.
Syphilis, Erkrankung der Gehörorgane (Nager) 292 — (Grunberg) 292 — Akustikuserkrankungen (Knik und Zaloziecki) 292 — Schwerhörigkeit (Beck) 292.
Syphilis, hereditär syphilitische Augenerkrankungen (Brückner) 1 — Augenbefund (Stieren) 259 — der Augen, Salvarsan (Stuelp) 3.
Syphilis des Zentralnervensystems (Barbier u. Gassier) 176, 626 — kongenitale Erweichungsherde im Großhirn (Beitzke) 562 — Leptomeningitis (Rach) 41, 625 — akute Meningoenzephalitis bei Neugeborenen (Schneißer) 221.

Syphilis und Hydrocephalus (Knöpfelmacher und Schwalbe) 40, 724.
Syphilis und Idiotie (Kröber) 818 — (Brückner u. Clemenz) 818.
Syphilis und Schwachsinn (Smith und Woodford) 245.
Syphilis als Ursache abnormer Entwicklung (Dittrich) 248, 471.
Syphilis, hereditäre und Raynaudsche Krankheit (Vignolo-Lutati) 772.
Syphilis, Ätiologie der Chorea (Milian) 765.
Syphilis, serologische Untersuchungen von Familien syphilogener Nervenkranker (Hauptmann) 818.
Syphilis, Kubitaldrüsen (Goldreich) 705.
Syphilis, Knochenerkrankungen (Fitzwilliams) 758 — Knochen- und Gelenksentzündungen (Löhe) 575 — der fötalen Wirbelsäule (Alexander) 40 — und Cranio-tabes (Roux) 31 — kongenitale Knochensyphilis im Röntgenbilde (Fränkel) 221.
Syphilis, Spina ventosa (ae Lombès) 268.
Syphilis im Zusammenhang mit Scapula scaphoidea (Graves)818.
Syphilis, ulzerierendes Gumma (Edington) 757.
Syphilis, Zahnveränderungen (Zinsser) 587 — Beziehungen zu Zahnkrankheiten (Birkenthals) 416.
Syphilis, Behandlung der hereditären Lues (Baisch) 175 — Erfolge und Aussichten der Behandlung (Baisch) 244.
Syphilis, Quecksilberbehandlung bei Keratitis (Fromaget) 249.
Syphilis, Salvarsanbehandlung (Andronesen) 723 — (Bunch) 754 — (Fabre und Bourret) 757 — (Noeggerath) 625, 724 — (Welde) 625, 725.
Syphilis, Behandlung der Augenerkrankungen mit Salvarsan (Becker) 1.
Syphilis, Salvarsanbehandlung während der Schwangerschaft (Lorreyte) 575 — Salvarsan bei der stillenden Mutter (Jeanselme) 252, 572.
Syphilis, Behandlung mit der Milch salvarsanisierter Ziegen (Jeanselme, Vernes u. Bertrand) 239.
Syphilis, Funktionsprüfung vor und nach Salvarsan 292.
Syphilis, Neuritis cochlearis nach Salvarsan (Knik und Doppels) 292.
Syphilis, Salvarsan und Neosalvarsan (Dünzelmann) 383 — poliklinische Behandlung mit Neosalvarsan (Welde) 385.
Syphilis, siehe auch Salvarsan.
Systolischer Blutdruck (Findlay) 231.

Tachykardie bei Mitralstenose (Barrié und Routier) 753.
Talgdrüsen, angeborene Sekretstauung (Hinselmann) 724.
Talipes valgus (Hughes) 266.
Talus, Operation bei angeborenem Klumpfuß (Zander) 273.
Tarsalgie (Mauclaire) 268.
Taubheit, Prophylaxe in der Schule (Jacques) 234 — Verhütung und Unterricht des tauben Kindes (Makuen) 551.
Taubheit bei Parotitis epidemica (Lewell) 355 — (Mauthner) 355 — nach Parotitis epidemica (Mauthner) 293.
Taubheit, nach Meningitis cerebrospinalis epidemica (Mauthner) 293.
Taubstumme (Woodard) 587 — Atmung (Stern) 770.
Taubstumme, Untersuchungen in der Anstalt München-Buchsee (Bronstein) 563.
Taubstummheit (Castex) 246.
Taubstummheit und Hörstummheit (Fröschels) 293.
Telangiektasie (Greaves Fearnsides) 569, 723.
Temperatur, rektale Messung (Tachau) 653.
Temperatur, Veränderungen und semeiologische Bedeutung (Rougon) 549.
Temperatur, rektale Hyperthermie **(Moro) 430.**
Temperatur der Frühgeborenen (Masay) 16.
Temperatur der Neugeborenen (Zmudzinski) 560.
Temperatur beim Kind (Williams) 741.
Temperatur bei Epilepsie (Olivier und Boidard) 800.
Temperatur bei Typhus (Collen) 564.

Temperatur bei Anwendung des Diphtherieserums (Mackay) 764.
Tentoriumrisse (Benthin) 774 — Bedeutung für das neugeborene Kind (Bauereisen) 178.
Teratom im Rücken (Brügger) 588 — sakrales (Lediard) 642, 779 — des Steißbeins (Sucker) 595.
Tetanie (Chatelin) 246, 755 — (Cruchet) 756 — (Grabow) 569 — (Leitao) 762 — (Longo) 575.
Tetanie und Parathyreoidea (Bliß) 562 — (Grulee) 759 (Haberfeld) 800 — Hämorrhagie der Nebenschilddrüsen (Jovane) 184 — Bluttransfusion bei parathyroipriver (Jacobson) 572.
Tetanie, Kalkstoffwechsel (Haskins und Gerstenberger) 555 — (Schwarz und Baß) 164 — Kalkgehalt der Organe (Provinciali) 558.
Tetanie, diätetische Behandlung (Grulee) 184, 759.
Tetanie, Dauerspasmen (Kemmetmüller) 702.
Tetanie der Sphinkteren der glatten Muskeln und des Herzens (Ibrahim) 800.
Tetanie, Sehstörungen (Oliari) 578.
Tetanie und Spasmophilie (Koplik) 253.
Tetanie und Epilepsie (Redlich) 800.
Tetanie bei Mastoiditis (Nicoll und Fiedler) 670.
Tetanismus (Sheffield) 583.
Tetanus (Cruchet) 756 — (Einhorn) 567 — (Roberts) 311.
Tetanus neonatorum (Schweizer) 582 — Differentialdiagnose (Götzky) 839.
Tetanus, prophylaktische Injektion von Antitoxin (Remertz) 580.
Tetanus, subdurale Injektion von Magnesium - Sulfat (Smithson) 583.
Tetanus bei Verbrennungen (Newberger) 689.
Tetanus, Behandlung (Beates und Thomas) 753.
Thalassotherapie, Seehospize und Volksgesundheit (Häberlin) 645 — bei Skrofulose und Rachitis (Périer) 579.
Therapie, moderne pharmakotherapeutische Bestrebungen (Hildebrandt) 740.
Therapeutisches Jahrbuch (Nitzelnadel) 650.
Therapeutisches Versagen mancher Arzneimittel (Januschke) 698.
Theobromin (Nobécourt) 232 — diuretische Wirkung (Nobécourt und Paisseau) 210.
Thermale Station (Ducrus) 231.
Thermopräzipitinreaktion bei Milzbrand (Roncaglio) 349 (Lebre) 349.
Thoracopagus tetrabrachius (Windelschmidt) 596.
Thorax, les petits thorax (Peigné) 479, 549.
Thorax, Messung der sagittalen Bewegungen der Brustwand (Oker-Blom) 549.
Thorax, Körperkonstitutionen und Thoraxform (Treidtel) 550.
Thorax, Mißbildung (Dubreuil-Chambardel) 264 — seltene kongenitale Deformitäten (Erkes) 776.
Thoraxform bei Herzhypertrophie (Barthélemy) 561.
Thorium X zur Behandlung der Leukämie (Falta, Kriser und Zehner) 182.
Thymektomie (Chalochet) 775.
Thymol, Behandlung der Trychozephalusenteritis (Garin) 568.
Thymus (Dutoit) 548.
Thymus, Physiopathologie (Fiore) 14 — Physiologie und Pathologie (Aubert) 547 — Physiologie und Physiopathologie (Giliberti) 231 — Pathologie (Klose) 740 — Pathologie (Wiesel) 741.
Thymus, Einfluß auf die Blutbildung (Seiler) 550, 615.
Thymus, Involution (Fiore und Franchetti) 13 — (Levin) 740 — normale Involution (Barbano) 547 — pathologische Involution (Hart) 548.
Thymus, Auftreten von Fett (Hart) 548.
Thymus, Einfluß auf die Entwicklung (de Lange und Duker) 788.
Thymus, physikalischer Nachweis (Basch und Rohn) 14, 185 — Perkussion (Boggs) 245 — Perkussionsmethoden für die Diagnose der Hypertrophie (Park und Mc Guire) 766.
Thymus, topographische Anatomie und Chirurgie (Olivier) 232, 741.

Thymus, Wirkung der Röntgenstrahlen (Crémieu) 739.
Thymus, Entwicklungsstörung bei kongenitaler Lues (Ribbert) 768.
Thymus, experimentelle Ausschaltung (Matti) 576, 613.
Thymus, Hyperplasie (Kahn) 573.
Thymus, Hypertrophie (Chatelin) 246, 755 — (Fiévez) 249 — (Guinon und Moutier) 185 — (Malavialle) 576 — (Millskennedy) 577 — (D'Oelsnitz) 766 — (D'Oelsnitz und Paschetta) 29 — (Waterhouse) 260 — latente Hypertrophie (D'Oelsnitz) 29.
Thymus, Hypertrophie, Radiotherapie (Ribadeau-Dumas) 768 — Behandlung mit Röntgenstrahlen (Ribadeau-Dumas und Weil) 257.
Thymus, Hypertrophie, chirurgische Behandlung (Olivier) 766.
Thymus, Hypertrophie und Tracheo-Bronchialdrüsenerkrankung (Aviragnet) 244.
Thymus, Hypertrophie und plötzlicher Tod (Guibé und Ramadier) 664 — (Vacher) 585.
Thymus, Sarkom (Sheen, Griffiths und Schölberg) 272.
Thymus, Chirurgie (Klose) 707.
Thymus, Radiotherapie bei Hypertrophie (Ribadeau-Dumas und Weil) 580.
Thymus und Asphyxie (Scharenberger) 582.
Thymus und Idiotie (Vogt) 788.
Thymusstenose (Grenacher) 777.
Thymustod (Cozzolino) 755 — (Frank) 568 — (Haerttel) 572 — (Kach) 573 — (Ley) 763 — (Ozegowski) 578 — (Vacher) 772.
Thyreoidea (Gleim) 740.
Thyreoidea in der fötalen Periode (Hesselberg) 548.
Thyreoidea im Kindesalter (Isenschmid) 548.
Thyreoidea, Einfluß auf die Ernährung (Hunt) 555.
Thyreoidea, Einfluß auf den Kalkstoffwechsel (Parhon) 743.
Thyreoidea, funktionelle Beziehungen zwischen Schilddrüse und den übrigen inneren Sekretionsdrüsen (Spolverini) 151 — Insuffizienz (Carles) 564.
Thyreoidea, Giftigkeit von normalen und hypertrophischen (Stoland) 232.
Thyreoidea, Hypothyreoidismus und Dystyreoidismus (Concetti) 76.
Thyreoidea, herdförmige Degeneration der Epithelien bei Purpura (Pettavel) 257, 579, 767.
Thyreoidea, Milch von schilddrüsenfreien Ziegen (Edmunds) 76.
Thyreoidea, Schilddrüsengewebe im Perikardium (Swarts und Thompson) 584.
Thyreoidea, Hypertrophie im schulpflichtigen Alter (Marcus) 69.
Thyreoidea, Migräne (Levi und Rothschild) 370.
Thyreoidea und adenoide Vegetationen (Weber) 261.
Thyreoidea, angeborene Dystrophie infolge Schilddrüsenaffektion des Vaters (Maggiore) 576.
Thyreoidea, Schilddrüsenbehandlung des Ekzems (Valmorin) 260 — (Rocaz) 258, 581, 768 — Schilddrüsentherapie des Säuglingsekzems (Valmorin) 585.
Thyreoidea, Schilddrüsenbehandlung bei Konstipation (Minoret) 557.
Thyreoidea, Schilddrüsenextrakt bei Enuresis (Firth) 567.
Thyreoidea, Verwendung von Schilddrüsensubstanz gegen Serumexanthem (Hodgon) 345.
Thyreoidea, Grenzen der Schilddrüsenbehandlung bei Kretinismus (Fröschels) 568.
Thyreoidea, Überpflanzen der mütterlichen Thyreoidea auf das myxidiotische Kind (Henschen) 760.
Thyreoiditis, akute (Meyes) 764.
Tibia, Affektion der Tuberositas anterior (Segré) 272.
Tibia, Osteitis (Bailleul) 587, 774.
Tibia, Wachstumsstörungen nach Osteomalazie (Hache) 266.
Tibia, angeborene Wachstumshemmung (Rendu und Gravier) 270.
Tibia, Spina ventosa (Trèves) 272 — (Trèves und Schreiber) 436.
Tibia, partieller Defekt (Segal) 782.
Thrombose bei Diphtherie (D'Espine und Mallet) 567.

Tod, plötzlicher (Cozzolino) 755 — (Ley) 763 — (Sabatier) 582.
Tod, plötzlicher durch Thymushypertrophie (Guibé und Ramadier) 664 — (Vacher) 585, 772.
Tod, plötzlicher infolge Durchbruch einer Drüsenkaverne in die Trachea (Halipré) 571.
Tod, plötzlicher durch Myokarditis bei Scharlach (Weill und Mouriquand) 261 — bei Skarlatina (Thuriot) 260.
Tollwut (Kozewaloff) 356.
Tonsillen im Kindesalter (Wilson) 586.
Tonsillen, Gaumentonsillen (Lesca) 575.
Tonsille, Bedeutung der hämolytischen und anhämolytischen Streptokokken (Henke und Reiter) 840 — Plasmazellen (Davis) 231.
Tonsille, Erkrankung (Higgs) 251.
Tonsille, histopathologische Veränderung bei Masern (Alagna) 244.
Tonsille und Tuberkulose (Lasagna) 439.
Tonsille als Eintrittspforte für Tuberkulose (Silvan) 439.
Tonsille, Abszeß (Comby) 264 — Behandlung der Abszesse (Comby) 848.
Tonsille, Operation (Kerley) 267 — (Sewell) 594 — (Mermod) 269 — (Whillis und Pybus) 273 — Radikaloperation (Kerley) 591 — (Tenzer) 188 — (Turzer) 282 — Enukleation (Arnold) 587.
Tonsillektomie (Beck) 280 — (Blegvad) 282 — (Boot) 774 — (Greenfield-Sluder) 281 — (Kofler) 280 — (Réthir) 282.
Tonsillitis, epidemische durch infizierte Milch (Richardson) 257 — und Polyarthritis (Roethlisberger) 70.
Tonsillotomie, Komplikationen (Burack) 279.
Torsionsneurose (Ziehen) 793.
Torsionsspasmus, progressiver (Flatau und Sterling) 249, 793.
Torticollis (Goldberg) 777 — (Resnitzky) 594 — (Roth) 594 — kongenitaler (Jalaguier und Lamy) 320, 590, 778.
Tortikollis nach Adenotomie (Bialik) 279.
Tortikollis. Behandlung (Roth) 320 — des angeborenen (Desfosses) 264.
Totgeburten in den Großstädten Frankreichs (Chambrelent) 274 — in Bordeaux (Chambrelent) 274.
Toulouse, Sterblichkeit (Souquet) 276,
Trachea, Fistel (Shukowsky und Baron) 640.
Trachea, Fremdkörper (Guisez) 623, 188.
Trachea, isolierte subkutane Ruptur (Beyer) 325.
Trachea, nekrotisierende Entzündung bei Scharlach (Oppikofer) 578.
Trachea, Durchbruch einer verkästen tuberkulösen Lymphdrüse (Koch) 436.
Tracheobronchialdrüsen, Diagnose (D'Oelsnitz) 691.
Tracheobronchialdrüsenerkrankung (Maillet) 268, 275, 621.
Tracheobronchialdrüsenerkrankung und Thymushypertrophie (Aviragnet) 244.
Tracheobronchialdrüsenerkrankung, Bradypnöe und Komplikationen des Phrenicus (Aubertin) 244, 375.
Tracheobronchialdrüsen bei Skarlatina (Cantacuzène) 263.
Tracheobronchialdrüsen, latente Tuberkulose (Fairise) 757.
Tracheobronchialdrüsentuberkulose (Barbe-Oberlin) 427, 561, 588 — (Fairise) 249 (Vosy) 585.
Tracheobronchialdrüsen, Wirbelsäulenperkussion bei Tuberkulose (Michalowitz) 445.
Tracheobronchoskopie, direkte (Paunz) 475, 622.
Tracheotomia inferior (Leede) 687.
Tracheotomie bei akuten Larynxstenosen (Citelli) 280 — tödliche Spätblutung (Lallement) 641 — wegen Fremdkörper (Montefiore) 269.
Trachom, Ätiologie (Junius) 356 — Prowazeck-Halberstädtersche Körperchen (Heinemann) 356.
Tränendrüsen, symmetrische Schwellung (Plate und Lewandowsky) 839.
Tränengänge, Anomalie (Lebègue) 591.

Transsonanz, sterno-vertebrale (D'Oelsnitz) 691, 780.
Trepanation (Broca) 263 — bei Hirntumoren (Broca) 847.
Trichobezoar des Magens bei Infantilismus (Hüttenbach) 615.
Trichozephalus (Balland) 561 — Enteritis (Garin) 568.
Trichocephalus trichiura, Läsionen am Wurmfortsatz (Cecil und Bulkley) 326.
Trichophytie (Bloch) 723.
Trichorrhexis nodosa (Hübner und Walter) 724.
Trichterbrust (Terterianz) 595 — Anatomie und Ätiologie (Bien) 177.
Tricuspidalis, besondere Lagerung (Lübs) 763.
Trinkerkinder unter den schwachbefähigten Schulkindern (Schlesinger) 186, 551.
Trockenmilch 752 — (Aviragnet, Bloch, Michel und Dorlencourt) 161 — (Ballner und von Stocker) 74, 745 — (Burr) 75 — (Chevalier) 746 — (Hueppe) 748 — (Nageotte-Wilbouchevitch) 154 — (Philippe) 749.
Trockensubstanz, Bestimmung in der Milch (Splittgerber) 83.
Trommelschlägelfinger bei Empyem der linken Pleura (Rosenzweig) 705.
Trophödem, chronisches (Henning) 570.
Truncus arteriosus communis, Persistenz (Pietzsch) 781.
Trypsin im Mageninhalt (Junghans) 556.
Trypsin, Verdauung des Kaseins (Siegfried und Lindner) 83 — Spaltung des Kaseins, Parakaseins und des Parakaseinkalkes (Hösl) 555.
Trypsin bei örtlicher chirurgischer Tuberkulose (Jochmann) 454 — bei chirurgischer Tuberkulose (Sohler) 455.
Tuberkel des Kleinhirns (de Vaugirand) 847 — Einbruch miliarer Tuberkel in die Lymphgefäße (Boymann) 435.
Tuberkelbazillen im kreisenden Blut (Jessen und Rabinowitsch) 435.
Tuberkelbazillen im strömenden Blut (Kennerknecht) 573, 761 — (Kurashiga) 436 — (Kurashiga, Teje, Maycyama und Yamada) 761 — (Mommen) 436 — (Rauström) 675 — (Rumpf) 673, 828.
Tuberkelbazillen in der Lymphe des Ductus thoracicus (Betke) 435.
Tuberkelbazillen, Nachweis im Blut (Duschinoff) 627 — (Acz-Nagy) 434.
Tuberkelbazillen im Sputum Lungenkranker (Weber und Dieterlen) 675 — Nachweis im Sputum (Jörgensen) 445.
Tuberkelbazillen, Nachweis (v. Scheven) 582.
Tuberkelbazillen, Färbemethode (Adam) 560 — Färbungsmethoden (Rosenblat) 581 — Anreicherungsverfahren zum färberischen Nachweis (Löffler) 442 — Färbbarkeit (Levy) 441 — Pikrin zur Färbung (Wilson) 676.
Tuberkelbazillen, Löslichkeit (Jessen und Rabinowitsch) 441 — Auflösung in Neurin (Bontemps) 828 — (Lindemann) 442.
Tuberkelbazillen, Resorption aus dem Darm (Strauß) 439, 584.
Tuberkelbazillus, Einwirkung von Organen (Bartel, Neumann und Leimsner) 441.
Tuberkelbazillen, Durchtritt durch die unverletzte Haut (Königsfeld) 439.
Tuberkelbazillen, Differenzierung auf gallenhaltigen Nährböden (Meyer) 442.
Tuberkelbazillen, Typus bovinus und Typus humanus (Park und Krumwiede jun.) 38.
Tuberkelbazillen, humane und bovine bei Knochen- und Gelenktuberkulose (Fraser) 758.
Tuberkelbazillen in der Milch (Heß) 78, 439 — in Milch (Zwick und Wedemann) 84 — Abtötung durch Erhitzung (Forster) 441 — Widerstandskraft gegen erhitzte Molke (Barthel und Stenström) 74.
Tuberkelbazillen in der Milch tuberkulöser Frauen (Kurashige, Maycyama und Yamada) 627.
Tuberkelbazillus bei Lupus vulgaris (Rothe und Bierotte) 675.
Tuberkelbazillen, Vernichtung durch Flußläufe (Jessen und Rabinowitsch) 441.

Tuberkulid (Leopold und Rosenstern) 445 — (Meyer) 445 — Ätiologie und Pathologie (Gougerot und Laroche) 569 — der Haut (Leyberg) 856 — allgemeines nach Masern (Januschke) 197.
Tuberkulid, papulöses (Lateiner) 348.
Tuberkulid, papulo-nekrotisches (Pick) 436.
Tuberkulid, papulosquammöses; bakteriologische und histologische Untersuchungen (Lateiner) 854.
Tuberkulin (Duval) 566 — (de Keersmaecker) 825 — (Rosenbach) 442.
Tuberkulin, Empfindlichkeit beim Kind (Hamburger) 445.
Tuberkulin, im Körper produziert (Geszti) 441.
Tuberkulin, Immunität (Hamburger und Monti) 441.
Tuberkulin und Anaphylaxie (Berdichewsky) 562.
Tuberkulin, experimentelle klinische Studie (Bessau) 406.
Tuberkulin, Einwirkung von Fermenten (Pfeiffer und Trunk) 81.
Tuberkulin, Stärke verschiedener Tuberkuline (Siegesmund) 583.
Tuberkulin Béraneck (Attenhofer) 561 — Erzeugung von Überempfindlichkeit (Stocker) 629.
Tuberkulin Rosenbach (Schäfer) 455.
Tuberkulindiagnostik im Kindesalter **(Stricker) 481.**
Tuberkulinreaktion (Hollmann) 571 — (Lüdke und Sturm 681 — (Rosenblat) 446 — (Sachs 446 — (Volk) 585 — unter Einfluß der Stauung (Falk) 567 — Verlauf bei Tag und bei Nacht (Hollmann) 628 — Differenzierung durch akut fieberhafte Prozesse (Krannholz) 445 — bei Schulkindern (Wimmenauer) 261.
Tuberkulinreaktion, Intradermo-Reaktion (Barbier u. Baron) 245 — (Péhu) 256, 766.
Tuberkulinreaktion, kutane (Behrend) 445, 562 — (Berberich) 753 — (Cohn) 445 — (Feer) 445 — (Gindes u. Mendelson) 759 — (Haerodt) 572 — (Jaeckel 572 — (Méroz u. Khalatoff) 764 — (Minauer) 445 — (Mc Neil) 676 — (Paisseau und Tixier) 579 — (Pirquet) 445 — (Radziejewski) 445, 580 — (v.Szaboky) 446 — (Tezner) 446 — (Uterhart) 585 — (Vivaldi) 446 — (Wachenheim) 677 — (Wallerstein) 455 — (Wiedemann) 446 — (Wilms) 40 — Area bei der kutanen (Preusse) 442.
Tuberkulinreaktion, kutane bei exsudativer Diathese (Eilers) 567.
Tuberkulinreaktion, kutane bei akuten Infektionskrankheiten (Moltschanoff) 223, 310, 724.
Tuberkulinreaktion bei Masern (Schick) 446 — kutane bei Masern (Weinmann) 773.
Tuberkulinreaktion, kutane bei den Farbigen Deutsch-Ost-Afrikas (Peiper) 429.
Tuberkulinreaktion, kutane und konjunktivale (Feer) 445 — (Ritter) 581.
Tuberkulinreaktion, Morosche (Hanashima) 572 — (Jadassohn) 572.
Tuberkulin, Prüfung der Kindermilchkühe (Bolle) 449 — (Miller) 449.
Tuberkulinbehandlung (Gourand) 45 — (Grisen) 569 — (Junker) 680 — **(Klotz) 259.**
Tuberkulinbehandlung bei chirurgischer (Wilms) 40.
Tuberkulinbehandlung bei Lungentuberkulose (Fallot) 567.
Tuberkulinbehadlung mit großen Tuberkulindosen (Neumann) 454.
Tuberkulin, poliklinische Behandlung (Wittich) 37, 725.
Tuberkulinbehadlung, Indikation und Erfolge (Escherich) 453.
Tuberkulinbehandlung, Urochromogennachweis (Weiß) 678.
Tuberkulinbehandlung im Kinderkrankenhause in Groningen (Scheltema) 455.
Tuberkulose, Sammelreferat (Schelble) 425.
Tuberkulose (Hamburger) 435 — (Poncet und Leriche) 257 — (Rousseau Saint-Philippe) 582 — (Wilson) 261.
Tuberkulose kongenitale (Dietrich) 315, 348 — (Gergeli) 430 — (Hamm) 430 — plazen-

tare und kongenitale (Lenenberger) 430 — (Kerscher) 573 — (Strauß) 431 — (Wahlen) 431 — (Zarfl) 704.
Tuberkulose, latente (Fairise) 249, 757 — (Lyle) 763 — bei Kindern (Martin) 829.
Tuberkulose, miliare (Rach) 704.
Tuberkulose, polyviszerale (Gaujoux und Maillet) 435.
Tuberkulose, sekundäre (Liebermeister) 826.
Tuberkulose, verruköse (Trèves und Schreiber) 436.
Tuberkulose und Lebensalter (Fränkel) 429 — Frequenz in verschiedenen Lebensaltern (Calmette, Grysez und Letulle) 564.
Tuberkulose des Säuglings (Bahrdt) 434 — (Dossin) 756 — (Pollak) 436, 580, 767 — (Rohmer) 454 — (Steffenhagen) 770 — (Tixier) 771 — (Wakushima) 437, 586 — latente der Säuglinge (Hutinel und Tixier) 571.
Tuberkulose im ersten Lebensjahre (Motschin) 577 — im Säuglings- und Kindesalter (Preisich) 348, 427 — in der frühesten Kindheit (Herb) 760.
Tuberkulose im Kindesalter (Bauer) 427 — (Broadbent) 453 — (Hamburger) 427 — (Hawes) 449 — (Koplik) 627 — (v. Pirquet) 427, 767 — (Ranke) 427 — (Rich) 436 — (Rothe) 348 — (Hymanson) 678.
Tuberkulose, Heredität (Grunberg) 759 — (Landouzy und Laederich) 253, 574 — (Pissavy) 430.
Tuberkulose, hereditäre Disposition (Walsch) 431.
Tuberkulose, pränatale und infantile Anlage (Huber) 252.
Tuberkulose, Erblichkeit der Disposition zur Lungenschwindsucht (Strandgard) 431.
Tuberkulose und Schwangerschaft (Cristofoletti u. Thaler) 756.
Tuberkulose, Tuberkelbazillennachweis in der Plazenta tuberkulöser Mütter (Novak und Rangel) 430.
Tuberkulose, Morbidität bei Kindern tuberkulöser Eltern (Armand-Delille) 752.
Tuberkulose, Kinder tuberkulöser Mütter (Blum) 628 — (Vittoz) 585 — Kinder von Müttern mit Lungentuberkulose (Voron) 431, 772 — frühgeborene Kinder tuberkulöser Mütter (Prinaris) 241, 558.
Tuberkulose, Kind im tuberkulösen Milieu (Pollak) 430, 580, 767.
Tuberkulose, Pathogenese (Doerner) 429.
Tuberkulose, Pathologie der Kindertuberkulose (Schelble) 405 — bakteriologische Leichenblutuntersuchungen (Strauch) 442.
Tuberkulose, Disposition und Bekämpfung (Sobotta) 431.
Tuberkulose, Entstehung und Verbreitung (Hillenberg) 429.
Tuberkulose, Eintrittspforten (Potter) 439 — (Schminke) 439.
Tuberkulose, Infektion (Grüner und Hamburger) 441 — (Letulle) 575 — (M'Neil) 577 — im Kindesalter (Pottenger) 678 — (Rothe) 442 — Infektionsgefahr (Michaelis) 439.
Tuberkulose, intrauterine Infektion (Klein) 439.
Tuberkulose, Milz als Schutzorgan gegen tuberkulöse Infektion (Schröder) 675.
Tuberkulose, Übertragung der menschlichen (Comby) 439.
Tuberkulose, Inhalations- und Fütterungsversuche mit Perlsuchtbazillen (Weber und Tietze) 439 — Infektion von Kindern mit menschlichen Perlsuchtbazillen (Weber u, Steffenhagen) 675 — Bedeutung der Rindertuberkulose für die Entstehung der Tuberkulose im Kindesalter (Hohlfeld) 439 — experimentelle Übertragung von Menschen auf das Rind (Eber) 441.
Tuberkulose intestinalen Ursprungs (Revillet) 768.
Tuberkulose, Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem (Hart) 449 — (Rimer) 439 — Disposition des Lungengewebes zur tuberkulösen Infektion (Weiß) 175 — Prädisposition der rechten Lunge (Sidler) 259.
Tuberkulose, polymorphe Toxinfektion (Poncet) 436.

Tuberkulose, Ansteckungsgefahr durch Schweiß (Piery) 825.
Tuberkulose, Ansteckung der Stichöffnungen nach Ohrringstechen (Epstein) 527.
Tuberkulose, Infektion der Lymphdrüsen (Ungermann) 771.
Tuberkulose, Ansteckung während der Beschneidung (Arluck und Winocouroff) 752.
Tuberkulose, Übertragung durch Fliegen (Jacob u. Klopstock) 439.
Tuberkulose, Reinfektion (Römer) 442.
Tuberkulose, menschliche und tierische (Kossel) 627 — (Weber) 674 — bovine (Park) 439, 442 — Umwandlung des Typus humanus in Typus bovinus (Eber) 441 — differenzierende Reaktionen mit Tuberkelbazillen verschiedener Herkunft (Kraus) 445 — kutane Kindertuberkulose beim Menschen (Coseo, Rosaund Benedictis) 830.
Tuberkulose, Auflösung der Tuberkelbazillen (Leschke, Much und Leschke) 349.
Tuberkulose, körnige Form des Erregers (Lichtenhahn) 441.
Tuberkulose, Typus der Tuberkelbazillen im Auswurf (Möllers) 348.
Tuberkulose, Bestimmung des Tuberkulintiters (Erlandsen) 445.
Tuberkulose, Bordet-Gengousche Reaktion (Rosencrantz) 769.
Tuberkulose, Diagnose (Barbier und Baron) 245 — (Engel) 39 — (Hutinel und Tixier) 760 — (Lehmann) 404 — (Nobécourt) 256, 578 — (Takeno) 584.
Tuberkulose, spezifische Diagnose (Matson) 255.
Tuberkulose, Röntgendiagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose (Keiner) 403.
Tuberkulose, Serodiagnostik (Zweig) 830.
Tuberkulose, Differentialdiagnose von angeborener Syphilis und Knochen — respektive Gelenktuberkulose (Cumston) 247.
Tuberkulose, Diagnostik und Therapie (Bandelier u. Roepke) 427 — Diagnose und Therapie (Engel) 445 — der Lungentuberkulose (Ranke) 445.
Tuberkulose, kontinuierliches Fieber (Libin) 575.
Tuberkulose, prämeningitisches Fieber (Braillon) 435.
Tuberkulose, Fieber bei gemästeten tuberkulösen Kindern (Michalowicz) 764.
Tuberkulose, Leukozytenformel (Fulpius) 568.
Tuberkulose, Auftreten tuberkulöser Antikörper in der vordern Kammer (Schieck) 3.
Tuberkulose, Antiforminmethode zum Tuberkulosenachweis im Gewebe (Horst und Lessing) 348.
Tuberkulose und Ernährung (Nobécourt) 454.
Tuberkulose und Stillen (Abramowski) 449 — (Deutsch) 449 — (Mac Lachlan) 239 — (Nahm) 749 — (Noeggerath) 449, 766.
Tuberkulose und Milch (Heymans) 555, 760 — (Panisset) 557, 766.
Tuberkulose der Milchtiere (Briscoe und Mac Neal) 75.
Tuberkulose der Ziege (Hertha) 439, 570.
Tuberkulose, Fütterungstuberkulose beim Reh (Schultze) 83.
Tuberkulose, Genuß von Milch und Milchprodukten eutertuberkulöser Kühe (Ungermann) 751.
Tuberkulose und Milchkühe (Weber) 449.
Tuberkulose, Headsche Zonen (Noeggerath und Salle) 445.
Tuberkulose, Habitus tuberculosus im frühen Kindesalter (Friedjung) 445.
Tuberkulose, tuberkulöse Exazerbation (Hamburger) 435.
Tuberkulose, Verkäsungsprozeß (Chaussso und Pissot) 435.
Tuberkulose, Lokalisation und Kindesalter (Mizoguchi) 436.
Tuberkulose, Hypotrophie (Tixier) 436.
Tuberkulose, Reaktion nach Salvarsaninjektion (Herxheimer und Altmann) 441.
Tuberkulose, Klinik (Bandelier und Roepke) 427.
Tuberkulose, Kasuistik (Hock) 435.
Tuberkulose, Spätformen (Hamburger) 173.
Tuberkulose, heilbare Formen der akuten (Aviragnet und Tixier) 434 — (Baginsky) 453.

Tuberkulose, Prognose im frühen Säuglingsalter (Ibrahim) 572 — der offenen (Hahn) 454, 571.
Tuberkulose, exsudative Diathese, Lymphatismus und Skrofulose (Gorter) 435.
Tuberkulose, Kollargolprobe bei tuberkulöser Bronchopneumonie (Lenormand) 253, 574.
Tuberkulose, Bedeutung für familiäre Hämophilie (Hanns) 251.
Tuberkulose des Darmes (Péhu) 439 — primäre des Darmes (Arbeiter) 171 — Darmgeschwür (Amenomiya) 434.
Tuberkulose, primäre der Lymphdrüsen (Ter-Gabrieljanz) 595 — der Drüsen und meningeale Hämorrhagie (Guinon) 251, 435 — Radiotherapie (Foisy) 758 — konservative Behandlung (Iselin) 761.
Tuberkulose der Bronchialdrüsen (Friedjung) 199 — (Lunin) 629 — Diagnose (Stoll) 446 — (Keiner) 403.
Tuberkulose der Mediastinaldrüsen (Derscheid) 756 — Mediastinaldrüsenerkrankung und Lungentuberkulose (Gendron) 249.
Tuberkulose der Mesenterialdrüsen (Croner) 316, 755 — Talbot) (678.
Tuberkulose der Tracheo-Bronchialdrüsen (Barbe-Oberlin) 427, 561, 588 — (Fairise) 249 — (Vosy) 585 — und Wirbelsäulenperkussion (Michalowitz) 445.
Tuberkulose, toxische der Haut (Zieler) 437 — disseminierte Hauttuberkulose (Leiner und Spieler) 253 — subkutane Gummen (Dupérié) 828..
Tuberkulose des Hirns (Fiore) 435 — geheilter Hirntuberkel (Fiore) 39.
Tuberkulose, meningeale Episoden (Barbier und Gougelet) 373 — (Gougelet) 250.
Tuberkulose der Hoden (Vignard und Thévenot) 260, 437, 585.
Tuberkulose, intrathorakale (Ager) 244.
Tuberkulose der Lunge (Cole) 445 — (Delabrousse) 565 — (Ferrand) 435 — (Roger und Sévi-Valensi) 446 — (Strandgard) 436.
Tuberkulose, kongenitale der Lunge (Delmas) 430.
Tuberkulose der Lunge beim Säugling (Roudinesco) 436.
Tuberkulose der Lungen und Hyperästhesie (Bascoul) 562.
Tuberkulose der Lunge mit Haemoptyse (Baumel) 245.
Tuberkulose der Lungen mit Höhlenbildung (Buddy) 563.
Tuberkulose der Lungen, Diagnose (Vogt) 682 — Frühdiagnose (Schmey) 446.
Tuberkulose der Lungen, initiales Stadium (Ter-Markosoff) 584, 628 — Primäraffekt der Lunge (Zarfl) 700 — der Lunge, initiale Lokalisation (Rist) 768.
Tuberkulose, Hilustuberkulose (Sluka) 175, 583.
Tuberkulose, Entstehung und Verhütung der Lungenspitzentuberkulose (Bacmeister) 434.
Tuberkulose der Lunge, Bedeutung der Darminfektion (Fischer) 439.
Tuberkulose der Lungen, ungleiche Pupillenweite (Wolfer) 446.
Tuberkulose der Lunge, Anschwellung der subkutanen Lymphdrüsen des Thorax (Schulze-Kump) 582.
Tuberkulose der Lungen, Mischinfektion (Juman) 348.
Tuberkulose der Lunge, Diagnostik und Therapie (Rolly) 454.
Tuberkulose der Lunge, Behandlung mit Marmoreckschem Serum (Mongour) 454.
Tuberkulose der Lunge, spezifische Behandlung (v. Ruck) 455 — Tuberkulintherapie (Fallot) 567.
Tuberkulose der Lunge, Kampferöl bei der Behandlung (Hamant) 454.
Tuberkulose der Lungen, Erfolge mit Jodmethylenblau und Kupferpräparaten (Meissen) 674.
Tuberkulose der Lungen, chirurgische Behandlung (Sorgo) 679 — künstlicher Pneumothorax (Volhard) 669.
Tuberkulose, Abnahme der Lungentuberkulose in Wien (Rosenfeld) 429.

Tuberkulose des Harnapparates (Frèze) 568.
Tuberkulose der Nieren (Vignard und Thévenot) 585, 772 — (Wortmann) 827 — Behandlung (Bernard) 453 — Nephritis (Hutinel) 252.
Tuberkulose der Placenta (Nowack und Ranzel) 348.
Tuberkulose, kardiotuberkulöse Cirrhose (Mitra) 255.
Tuberkulose, Veränderungen der Leber bei chirurgischer Tuberkulose (Brun und Bongioannini) 435.
Tuberkulose, experimentelle des Auges (Krusius) 2.
Tuberkulose der Bindehaut (Fainitzki) 453.
Tuberkulose, Verhältnis phlyktänulärer Augenentzündungen (Rosenhauch) 442.
Tuberkulose in der Ätiologie der intraokularen Hämorrhagien (Axenfeld) 434.
Tuberkulose, solitäre des hinteren Augenabschnittes (Natanson) 436.
Tuberkulose der Orbita (Lebenhart) 436 — und des Sehnerven (Birch-Hirschfeld) 435.
Tuberkulose des Ohres und der Hirnhäute (Knile) 292 — (Milligan) 436 — des Mittelohres (Blegvard) 293.
Tuberkulose, primäre der Mundschleimhaut und des Unterkiefers nach Zahnextraktion (Erhardt) 348, 435.
Tuberkulose, Laryngitis (Hunt) 252.
Tuberkulose und Tonsillen (Lasagna) 439.
Tuberkulose, chirurgische (Claeyes) 429 — der Knochen und Gelenke, Radiographie und Diagnose (Ménard) 255.
Tuberkulose der Knochen (Broca) 435 — Behandlung (Delay) 680.
Tuberkulose, noduläre Osteoperiostitis der platten Schädelknochen (Triboulet u. Ribadeau-Dumas) 436.
Tuberkulose der Wirbelsäule (Nicollon des Abbayes) 269 — Röntgenuntersuchung (des Abbayes) 578, 593 — Spondylitis (Janowsky) 223.
Tuberkulose des Ellbogens (Warren) 455.
Tuberkulose des Schenkelhalses (Waldenström) 437.
Tuberkulose der Hand- und Fußknochen (Bailleul) 774, 244, 587.
Tuberkulose der Gelenke (Ely) 453 — (Nutt) 454 — (Tubby) 317.
Tuberkulose, Koxitis (Classen) 588 — Frühdiagnose und Behandlung der Koxitis (Tomaszewski) 853.
Tuberkulose des Kniegelenkes (Chapuis) 564.
Tuberkulöse und chronische Appendizitis (Brunon) 588, 774.
Tuberkulose und Diphtherie (Tripier) 260.
Tuberkulose und Erythema nodosum (Dunlose) 723 — (Pollak) 679, 725.
Tuberkulose und Morbillen (Gazeau) 568.
Tuberkulose und Pertussis (Rousseau Saint-Philippe) 258, 769.
Tuberkulose, Pylorusstenose (v. Tappeiner) 436.
Tuberkulose und Rachitis (Marfan) 436 — mit Hypotrophie (Robert) 436.
Tuberkulose, Rheumatismus (Veras) 436 — polyartikulärer tuberkulöser Rheumatismus (Curtillet und Lombard) 247.
Tuberkulose, Beziehungen zu Zahnkrankheiten (Birkenthals) 416.
Tuberkulose, siehe Spina ventosa.
Tuberkulose auf dem Lande (Jacob) 449 — unter Bauernkindern (Besbokowa) 429.
Tuberkulose, Epidemiologie (Koch) 429 — (Metschnikoff, Burnet und Torassevitsch) 429 — in den französischen Kolonien (Calmette) 825.
Tuberkulose, Prophylaxe (Bielefeld) 449 — (Ehrenberg) 567 — (Méry) 764.
Tuberkulose, Bekämpfung (Hawes) 449, 786.
Tuberkulose, Bekämpfung im Kindesalter (Ehrenberg) 248 — (v. Leube) 681.
Tuberkulose, Bekämpfung und Seehospize (Häberlin) 251.
Tuberkulose, Bekämpfung in den Schulen (Hillenberg) 449.

Tuberkulose, Bekämpfung auf dem platten Lande (Büchting) 449.
Tuberkulose, Aufgaben der Gemeinden bei der Bekämpfung (v. Pirquet) 449.
Tuberkulose, Tätigkeit des Deutschen Roten Kreuzes (Pannwitz) 449.
Tuberkulose, Nürnberger Verein zur Bekämpfung 449.
Tuberkulose, Bekämpfung in Belgien (Granjux) 250 — (Lefèvre) 449.
Tuberkulose, Bekämpfung in Österreich (Mager) 449.
Tuberkulose, Prophylaxe und Physiotherapie (Keller) 449.
Tuberkulose, immunbiologische und klinische Studien (Much) 172.
Tuberkulose und Anaphylaxie (Rozenblat) 850.
Tuberkulose und Immunität (van Calvar) 427 — (Hamburger und Monti) 441 — (Pottenger) 454 — tuberkulöser Tiere gegen tuberkulöse Inhalationsinfektion (Hamburger und Toyofuku) 441.
Tuberkulose, Immunisierung (Pawlowsky) 348 — prophylaktische Immunisierung (von Ruck) 769 — Immunisierung, Überempfindlichkeit und Antikörperbildung (Sata) 442.
Tuberkulose, Behandlung (Arthur) 453.
Tuberkulose, poliklinische Tuberkulinbehandlung (Wittich) 149, 455 — Behandlung mit niedrigen Tuberkulindosen (Fuchs und Neubauer) 349 — Behandlung mit hohen Tuberkulindosen (Fuchs) 453 — mit Alttuberkulin (Cronquist) 315 — Tuberkulinbehandlung bei Tuberkulose der Harnwege (Mantoux) 454 — bei Lungentuberkulose (Löwenstein) 454.
Tuberkulose, Behandlung mit natürlichem menschlichem Serum (Lichtenstein) 454.
Tuberkulose, Vakzinetherapie (Aviragnet und Tixier) 453 — der chirurgischen (Leod) 454.
Tuberkulose, Chemotherapie (Linden) 824.
Tuberkulose, chirurgische Therapie (Calot) 453 — (Claeys 453 — Behandlung der chirurgischen (Maaß) 454 — (von der Sluys) 455, 595 — konservative Behandlung der chirurgischen Tuberkulose (Gauvain) 453 — der Koxitiden und Gonitiden (Alapy) 453.
Tuberkulose, Sonnenbehandlung (Armand-Delille) 316 — (Hüssy) 760, 828 — der chirurgischen (Jerusalem) 454 — **(Rollier 357,** 400, 454, 629, 769 — (Wettendorf) 826.
Tuberkulose, Thalassotherapie (Zuber und Armand-Delille) 773.
Tuberkulose, Anwendung des Radiums (Salzmann) 455 — Radiotherapie der Drüsenerkrankungen (de Laborie) 592.
Tuberkulose, Röntgenbehandlung der chirurgischen (Barjon) 453 — der Halsdrüsen und Knochentuberkulose (Ratalowski) 593 — der Zervikaldrüsen (Leonard) 454 — Behandlung der chirurgischen mit Röntgenstrahlen (Baisch) 453.
Tuberkulose, Antiseptische Inhalation (Muthu) 454.
Tuberkulose, Erfolge mit Jodmethylenblau und Kupferpräparaten bei chirurgischer Tuberkulose (Strauß) 674.
Tuberkulose, Jodbehandlung (Hotz) 630.
Tuberkulose, Behandlung mit Karbenzym (Zur Werth) 455.
Tuberkulose, Karbolsäurebehandlung der Knochen- und Gelenkstuberkulose (Strauß) 455.
Tuberkulose, Menthol-Eukalyptolininjektionen (Berliner) 453.
Tuberkulose, Behandlung mit unvollständig oxydiertem Phosphor (Romanowsky) 454.
Tuberkulose, Behandlung mit Quecksilber (Wright) 455.
Tuberkulose, Trypsinbehandlung (Sohler) 455 — Behandlung der örtlichen chirurgischen mit Trypsin (Jochmann) 454.
Tuberkulose, Seifeninjektionen bei chirurgischer Tuberkulose (Delrez) 453.
Tuberkulose, Finklersches Heilverfahren bei Impftuberkulose des Meerschweinchens (von Linden) 674.
Tuberkulose, Einfluß des Klimas auf Lungentuberkulose (Wolff) 455.

Tuberkulose, Sanatoriumbehandlung der Lungentuberkulose (Goodall) 454.
Tuberkulose, Bostons hospital school (Loke und Murphy) 598.
Tuberkulose, Fürsorge der Stadt Paris für Kinder mit Knochen- und Gelenkstuberkulose (Joachimsthal) 454.
Tuberkulose, Statistik (Ascher) 411.
Tuberkulose, Verbreitung im Kindesalter (Baginski) 429.
Tuberkulose, Sterblichkeit in Preußen (Fränkel) 429.
Tuberkulose, obligatorische Meldung 784.
Tuberkulose und Schule (Badaloni) 742 — (D'Espine) 742 — (Kirchner) 742 — (Lorentz) 427 — (Méry) 743 — Bekämpfung und Schule (Hart) 427 — Atemübungen in der Schule (Lorentz) 763 — in den Schulen von Grenoble (Berlioz) 245.
Tuberkulose, Bericht der British Royal Commission 439 — des Henry Philipps Institute 427.
Tübingen, Säuglingssterblichkeit in der Poliklinik (Bulach) 274.
Tumor albus, Behandlung (Jamault) 591,
Tumoren, gutartige der Kopfregion (Arzt) 327 — der frontonasalen Region (Greig) 590.
Tumor, kongenitaler des Hirns (Haushalter und Hoche) 266 — des Kleinhirns, Symptomatologie (Fiore) 46 — (Velebil) 595.
Tumor des Knochenmarkes (Roman) 50.
Tumor, maligner der Mamma (Delore und Martin) 775.
Tumor des Mediastinums (Cardarelli) 263.
Tumor der Niere (Fabien) 776 — (Sheffield) 272 — (Weill, Mouriquand und Gardère) 596.
Tumor abdominis (de Bruin) 263.
Tumor, multipler epidermisbekleideter der Harnblasenschleimhaut (Stadler) 642.
Tumor der Haut und des Unterhautzellgewebes (Carles) 775.
Tumoren, metastatische des Knochensystems (Roman) 228.
Tumor der Hypophyse und Infantilismus (Zani u. Del Lago) 784.
Tunis, Fürsorge (Durand) 784 — Kala-azar (Lévy und Cortesi) 254.
Turmschädel, Augenveränderungen (Jaenicke) 643, 761 — und Hydrocephalus (Schumacher) 782.
Turnkurse, orthopädische (Kreißmann) 235 — Siehe auch Schule.
Turnunterricht, orthopädischer (Rothfeld) 235.
Tylosis palmaris et plantaris (Thatcher) 584, 667.
Typhlitis (Sheffield) 594.
Typhobacillose (Hutinel) 252 — (Rozenblat) 853.
Typhoid (Baginsky) 337.
Typhus (Barrett) 245 — (Brelet) 245 — (Neff) 577 — (Russow) 224 — (Smith) 259 — (Ssakara) 684.
Typhus im frühen Kindesalter (Griffith) 683 — beim Säugling (Achard) 243, 752 — (Achard und Flandrin) 243, 752 — (Brelet) 563 — (Kaspar) 337.
Typhus, exanthematischer (Nicolle und Conseil) 578.
Typhus, Frühdiagnose (Kiralyfi) 836 — diagnostische Bedeutung der Leukopenie (Orundjiew) 682.
Typhus, kardio-sphygmographische Untersuchungen (Schlieps) 337.
Typhus, Temperatur und Puls (Collen) 564.
Typhus, Leukozytose (Bennecke) 562.
Typhus, weiße Blutkörperchen bei Bazillenträgern (Leydheecker) 337.
Typhus, Wert neuer Thyphusnährböden (Studte) 836.
Typhus, bakterizide Reagenzglasversuche (Marmann) 634.
Typhus, Immunisierung (Courmont und Rochaix) 565.
Typhus, Agglutination (Rehberg) 683 — Bass-Watkinssche Agglutinationsprobe (Menville) 576 — Säureagglutination der Coligruppe (Jaffé) 634.
Typhus, antityphische Vakzination (Courmont und Rochaix) 247 — Vakzination mit Widalscher Reaktion (Maverick) 683 — Vakzinebehandlung (Callison) 246 — Vakzineinocculation (Phalen und Callison) 257.
Typhus, Behandlung (Kerley) 252 — diätetische und allge-

meine Behandlung (Kerley) 313, 761 — Serumtherapie (Freund) 683.
Typhus, Komplikationen (Leenhardt, Maillet u. Carrieu) 762.
Typhus mit Darmblutungen (Leroux) 254 — (Whitehead) 586.
Typhus, Hämaturie (Lesieur) 762.
Typhus, infektiöser Ikterus (Guinon und Gendron) 570.
Typhus, Neuritis optica infectiosa (Dutoit) 566, 757.
Typhus, Spondylitis (Ardin-Delteil und Coudray) 262, 561, 587 — (Curtillet und Lombard) 264 — (Lance) 591 — (Raynaud u. Coudray) 768.
Typhus, posttyphöses Delirium (Baines) 337.
Typhus, Klinik (Vogt) 337.
Typhus, Kasuistik (Zarchi) 168, 587.
Typhus, Verbreitung (Brückner) 634 — Epidemie (Malaise) 837 — in Kindererziehungsanstalt (Brückner) 337.
Typhusbazillus, Säureagglutination (Beintker) 682.
Typhusbazillus, Vakzination (Bouroughton-Alcock) 683.

Überempfindlichkeit bei der Mutter (Esch) 548.
Ulcus duodeni (Griffith) 265 — (Helmholz) 266 — (Ribadeau-Dumas) 271 — (Weill und Gardère) 273.
Ulcus duodeni bei Melaena neonatorum (Fabre und Rhenter) 238, 589.
Ulcus ventriculi (v. Cackovic) 588 — (Kirsch) 591.
Ulna, Doppelte Bildung (Fischer) 776.
Ulna, kongenitaler partieller Defekt (Hoth) 590
Ultramikroskopische Untersuchung einiger Kolloidkoagulationen durch Elektrolyte (Wiegner) 84.
Ultraviolette Strahlen, Wirkung auf die Diastasen (Agulhon) 73.
Umbilikalhernie, operative Behandlung (Schenderowitsch) 594.
Uneheliche, Sterblichkeit (Lévy) 275 — Bekämpfung der Sterblichkeit (Redder) 599.
Uneheliche Kinder in Amsterdam (da Costa) 784.
Uneheliches Kind, Rechtslage (Tilemann) 710 — Recht im neuen schweizerischen Zivilgesetzbuch (Herzfelder) 598.
Uneheliche Kinder, gesetzliche Berufsvormundschaft (Schmidt) 646.
Ungarn, staatliche Fürsorge für verlassene Säuglinge (Szana) 599.
Ungarn, Säuglingssterblichkeit (Berend) 596.
Ungarn, Epidemie von Poliomyelitis (v. Bókay) 501.
Ungarn, infantile Lithiasis (v. Bókay) 525.
Unipulsapparat (Rach) 201.
Unterernährung (Beaudoin) 236, 745.
Unterernährung beim Säugling (Merklen) 749 — (Reynal) 241, 558, 750 — (Vigor) 242, 559.
Unterernährung, unstillbares Erbrechen (Leuret) 239.
Unterernährung der Schuljugend (Poelchau) 744.
Unterhautzellgewebe als Abwehrorgan des Organismus (Maillet) 549, 740.
Unterlippe, kavernöses Angiom (Rocher) 594.
Unterlippe, Knochenplastik bei kongenitalem Fazialisdefekt (Löwem) 268.
Unterricht (Pryor) 551 — biologischer (Macy) 235.
Unterricht der Mütter in Säuglingspflege (Agatston) 784 — in Säuglingshygiene und Heilkunde (Koplik) 275 — (Cordier) 231 — (Marfan) 232.
Unterschenkel, Behandlung der Brüche (Grune) 323.
Untersuchung der Säuglinge (Goldszmit) 854 — des Säuglings (Variot) 233, 741, 772.
Untersuchung, klinische des Kindes (Cruchet) 247.
Urachuszysten (Hartmann) 590.
Urämie (Straub und Schlager) 179.
Urämie, Reflexe (Dietz) 566.
Urämie bei Scarlatina (Allaria) 244, 561.
Urämie, Nierendekapsulation (Gümbel) 51.
Urethan, Verwendbarkeit in der Kinderheilkunde (Bertling) 16.
Urethra, Angiom (Tuffier) 783.
Urethra, Atresie (Savariaud) 271 — angeborener Verschluß (Knox und Sprunt) 778.

Urethra, kongenitaler Divertikel der Urethra (Haberern) 266, 777.
Urethra, spontane Blutung (Hadlich) 777.
Urethra, Steine (Gérard) 265 — (Speese) 782.
Ureter, angeborenes Fehlen (Rosenow) 271.
Ureter, blasenförmige Vorwölbung des verschlossenen Endes (Regner) 593.
Ureter, Beteiligung an akuter Blasenentzündung (Shichitaro) 583.
Ureter, Steine (Albaret) 587 — Lithiasis (Charvin) 588.
Ureter, kongenitale Dilatation (Weiser) 783 — intravesikal zystische Dilatation (Rendu) 270.
Ureter, Einpflanzung in den Darm bei Blasenektopie (Augier) 262.
Urobilinurie bei Scharlach und Masern (Arssenjewa) 223.
Urochromogen, Nachweis bei Tuberkulinbehandlung (Weiß) 678.
Urogenitalapparat, Beteiligung der Schleimhaut bei exsudativer Diathese **(Beck) 468.**
Urogenitalsystem, Erkrankungen (Hutchinson) 252.
Urogenitalsystem, Mißbildung (Goebels) 590.
Urorosein (Weiß und Smieciuszewski) 165.
Urotropin, Sekretion und Resorption im Liquor cerebrospinalis **(Weinrich) 38.**
Urotropin, Nachweis im Ohreiter (Dintenfaß) 293.
Urotropin, quantitative Ausscheidung in der Frauenmilch **(Rieder) 80.**
Urticaria (Ahlendorf) 560.
Urticaria pigmentosa (Bizzozero) 562.
Usur der Zähne bei Kindern aus der Steinzeit (Baudouin) 245.
Uterus, doppelter (Pauchet) 780.
Uterus, maligne Tumoren (Hoffmann) 777.
Uterus, schwere Blutungen bei Hämophilie (Halipré) 760.
Uvea, kongenitales Ectropium (Okuse) 2.
Uvula, Zerstörung bei Vincentscher Angina (Rollestone) 462.
Vagina, angeborenes Fehlen (Charrier) 775 — angeborener Defekt (Kaplan) 591.
Vagina, doppelte (Pauchet) 780.
Vagina, Mischgeschwülste (Westenberger) 783.
Vagina, Hämorrhagie beim Neugeborenen (Pomeroy) 574.
Vagina, Vorkommen der anäroben Streptokokken (Rosowsky) 741.
Vagitus uterinus (Rothschild) 271.
Vagus, Reizung des Vaguszentrums (Brand) 639.
Vakuolisation der Muskelfasern des Herzens (Dufour) 757.
Vakuolisationsvorgang, Muskelfasern bei Atrophie und Hypotrophie (Variot und Cailliau) 772.
Vakuumflasche (Tonney und Pillinger) 606.
Vakzinale Allergie als diagnostisches Hilfsmittel (Tièche) 741.
Vakzinale Allergie bei Röteln (Netter, Philbert und Porak) 765.
Vakzinale Allergie bei Scharlach (Netter und Porak) 765.
Vakzinale Allergie bei Variola (Tièche) 771.
Vakzination (Meder) 354 — der Kuhpocken (Jenners) 420.
Vakzination beim Neugeborenen (Boissard) 231, 547, 739 — (Jeannin) 232, 761.
Vakzination bei der schwangeren Mutter (Mas) 549, 741.
Vakzination und Impfgesetz (Kirchner) 355 — Impfschutz (Levy) 355 — Impfschutz und Impfgefahren (Molenaar) 649.
Vakzination, Behandlung mit Pikrinsäure (Schamberg und Kolmer) 582.
Vakzination, Impfschädigung des Auges (Hendel) 570.
Vakzination, tödliche Hämorrhagien bei Hemophilie (Bonnaire) 245, 754.
Vakzination und Revakzination in Algier (Raynaud) 232.
Vakzination in den Schulen von St. Louis (Dock und Harris) 234.
Vakzination, verzögertes Auftreten der Pusteln bei Masern **(Neumark) 222.**
Vakzination, prophylaktische gegen Dysenterie (Lucas und Amos) 338.

Vakzination, prophylaktische Scharlachvakzination (Koszkowski und Czarkowski Wyleczynski) 353 — Scharlachvakzination und Anginen (Wladimiroff) 353.
Vakzination bei Typhus (Maverick) 683 — mit Typhusbazillen (Boroughton-Alcock) 683 — antityphische (Courmont und Rochaix) 247.
Vakzination und Therapie der Variola vera (Pribram) 767 — und Variola in New York (Clerc) 247.
Vakzine generalisata (D'Astros) 752.
Vakzine, animale bei Infektionskrankheiten (Dubousquet-Laborderie und Barthélemy) 757.
Vakzine, Ophthalmie (Hotodynski) 855.
Vakzine, Übertragungsversuche (Schilling) 354.
Vakzine, Pertussisvakzine (Saunders, Johnson, White und Zahorsky) 769.
Vakzine, Inokkulation bei Typhus (Phalen und Callison) 257.
Vakzine bei Variola (Duvoir) 566.
Vakzinetherapie (Ritchie) 581 — bei Kindern (White) 233.
Vakzine des Keuchhustens (Graham) 169, 250.
Vakzinebehandlung des Keuchhustens (Ladd) 689 — bei Pertussis (Saunders, Johnson White und Zahorsky) 314.
Vakzinetherapie des Keuchhustens (Graham) 169, 250.
Vakzinetherapie bei Otitis media (Christie) 839 — (Weston und Kolmer) 586.
Vakzinetherapie bei membranöser Rhinitis (Forbes und Newsholme) 567.
Vakzinetherapie der Staphylokokken-Hauterkrankungen (Renaud-Badet) 580.
Vakzinetherapie der Tuberkulose (Aviragnet und Tixier) 453 — bei chirurgischer Tuberkulose (Leod) 454.
Vakzinetherapie bei Typhus (Callison) 246.
Vakzinetherapie der Gonokokkenvulvovaginitis (Motschan) 225.
Vakzineinfektion an den Augenlidern (Knöpfelmacher) 200.
Vakzinogene Ausschläge (Nobl) 526, 724.
Varicen, kongenitale (Brau-Tapie) 774.
Variola, Ätiologie (Casagrandi) 354.
Variola, Diagnose (Paschen) 354.
Variola, passive Immunisation (Camus) 688.
Variola, Behandlung mit Jodtinktur (Rockhill) 768 — Vakzine (Duvoir) 566 — Schutzimpfung und Therapie (Pribram) 767.
Variola und Vakzination in New York (Clerc) 247.
Variola, vakzinale Allergie (Tièche) 771.
Variola, Rezidiv (Bron) 841.
Variola, symmetrische Osteomyelitis (Schwenk) 636.
Variola vera, Komplementbindungsreaktion (Kryloff) 253.
Variolois, Komplementbindungsreaktion (Kryloff) 253.
Varizellen (Elmiger) 567.
Varizellen, Ätiologie (Magnan) 764.
Varizellen, Epidemie (Bondy) 853.
Varizellen, lokalisierte und konfluierende (Chatin und Rendu) 246.
Varizellen, Komplikation (Merklen) 255 — (Huismans) 571.
Varizellen, Hautkomplikationen (Caplan) 246, 564.
Varizellen, Hautreiz (Feilchenfeld) 724.
Varizellen Erythema (Nobel) 700.
Varizellen und Herpes zoster (Heim) 724, 760.
Varizellen und Scarlatina (Rousset) 582.
Varizellen, scarlatiniformer Rash (Chevron) 247.
Vas deferens, angeborenes Fehlen (Rosenow) 271.
Vegetabiles Nervensystem im Kindesalter (Viereck) 60.
Vegetarische Diät (Gyoteyko) 736.
Vena frontalis, Einmündung in den Situs longitudinalis superior (Mobilio) 269.
Venengeräusche im Kindesalter (Landis und Kaufmann) 574, 740.
Venerische Krankheiten (Seippel 769.

Venöses Schnurren (Landis u. Kaufman) 152.
Ventilation, Wichtigkeit für die individuelle Isolierung (Lesage) 492.
Ventrikel, Tumoren des vierten (Fauvet) 589.
Ventrikel, isolierte Erregbarkeitsstörung bei Diphtherie (Fries) 758.
Vestibularapparat (Stein) 292 — Schädigung durch Salvarsan (Neumann, Ruttin) 292.
Verbrecher, jugendliche (Fürstenheim) 814 — (Varendonck) 814 — (Viernstein) 814.
Verbrecher, jugendliche; Vorentwurf zum deutschen Strafgesetzbuch (Göring) 814.
Verbrecher, jugendliche; Prüfung nach Binet (Goddard und Hill) 808.
Verbrecher, jugendliche und psychopathische Minderwertigkeit (Rupprecht) 814.
Verbrecher, moderne Behandlung jugendlicher (Neelen) 276, 471.
Verbrechertum, neurotische Unterlage des jugendlichen (Brown) 274.
Verbrennung, Veränderungen der Milz (Perewalowa) 593.
Verdauung (Lévy) 556 — Physiologie (Rosemann) 750.
Verdauungslipämie (Schulz) 215.
Vererbung (Apert) 739 — (Sergi) 741.
Vererbung, Gesetze (Guiffrida-Ruggeri) 740.
Vererbung und Erziehung (Bratz 550.
Vererbung der Antikörper (af Heurlin) 740.
Vererbung der Fruchtbarkeit (Pearl) 741.
Vererbung von Krankheiten (Pick) 232.
Vererbung von Geisteskrankheiten im Lichte der Mendelschen Theorien (Camon und Rosanoff) 818.
Verrukös er Lupus der Hände (Boehme) 453.
Verrux planus (Lepontois) 575.
Vierte Krankheit (Moltschanoff 611.
Viljacrême bei Ekzem (Cramer) 667.
Vincentsche Angina (Place) 580 — (Rolleston) 781.
Vincentsche Angina, Zerstörung der Uvula (Rollestone) 462.
Viskosimetrische Beobachtungen an Milch (Basch) 236, 741.
Viskosität, Technik der Bestimmung (Kagan) 556.
Viskosität der Milch (Uchiyama) 559.
Viskosität des Blutes (Schukowa-Florensowa) 549 — (Weill und Gardère) 741.
Vitiligo (Hill) 668, 724.
Vitiligo und Chorea (Mallinckrodt) 724.
Vorderarm, kongenitale Synostosen (Melchior) 475.
Vormundschaftswesen (Pigasse) 599.
Vorstellungstypen (Feuchtwanger) 68.
Vulvovaginitis (Charbonnel) 564 — (Perrin) 270, 579, 767.
Vulvovaginitis, chronische (Goedhart) 168.
Vulvovaginitis gonorrhoica, Behandlung (Tièche) 584, 771.
Vulvovaginitis, Arthrigonbehandlung der gonorrhoischen (Rigier) 43.
Vulvovaginitis, Vakzinetherapie der Gonokokken (Motschan) 225.

Wachstum (Baudrand) 552 — (Friedenthal) 554, 740.
Wachstum beim Säugling (Betta) 552 — und Entwicklung des Säuglings (Herrmann) 231.
Wachstum und Ernährung (Aron 391.
Wachstum bei englischen Schulkindern (Tuxford und Glegg) 236.
Wachstum, Veränderungen beim männlichen Geschlecht (Godin) 231.
Wachstum, Schmerzen (Ombrédanne) 269.
Wachstum, Stickstoffansatz (Banjamin) und Drey 394.
Wachstum, Phosphorhunger (Lipschütz) 239.
Wachstum und osmotischer Druck (Schulz) 27.
Wachstum der Knochen (Follasson) 548 — künstliche Steigerung des Knochenwachstums (Heeger) 548.

Wachstum, Förderung durch Radiumemanation (Falta und Schwarz) 548.
Wachstum, Einfluß der Elektrizität (Springer) 741.
Waldschulen (Hirtz) 646.
Wandern Raydt) 650.
Wanderniere (Maillet) 576.
Wandertrieb, krankhafter (Maß) 575.
Wärmestrahlung beim Säugling (Variot und Lavialle) 751.
Wärmestrahlung, Einfluß auf Ernährung und Wachstum (Variot und Lavialle) 559.
Warzenfortsatz, akute Nephrose (Braun) 292.
Warzenfortsatz. Trepanation (Zytowitsch) 292.
Warzenhütchen, Infantibus (Hahn) 238.
Wäsche, sterilisierte in ihrem Einfluß auf die Hautkomplikationen bei Varizellen (Caplan) 246, 564.
Wasser, Einfluß vermehrter Wasserzufuhr auf den Stoffwechsel (Margolis) 557.
Wasserdiät bei Gastro-Enteritis (Fiévez) 238, 734.
Wasserdiät, Wiederaufnahme der Ernährung (Langevin) 748.
Wassermannsche Reaktion (Andronesco u. Saratzeano) 752 — (Blackfan) 754 — (Churchill) 624 — (Francioni und Menabuoni) 758.
Wassermannsche Reaktion beim Neugeborenen (Pillon) 257, 579 — und Säugling (d'Astros u. Teissonnière) 513.
Wassermannsche Reaktion bei Hydrocephalus (Allaria) 561.
Wassermannsche Reaktion bei Poliomyelitis (Schottmüller) 672.
Wassermannsche Reaktion bei angeborener Syphilis (Thomsen und Boas) 725 — Siehe auch Syphilis.
Wasserstoffionen, Bedeutung für die Milchgewinnung (Allemann) 745.
Wasserstoff, Superoxydlösungen (Fischer) 655.
Wasserstoffoxydhaltige Milchkonservierungsmittel (Willeke, Schellbach und Jilke) 751.
Wasserstoffsuperoxyd (Sarthory) 82.
Wasserstoffwechsel (Bittorf) 735 — (Cohnheim, Kreglinger, Tobler und Weber) 746.
Wegbleiben, (Ibrahim) 800.
Weilsche Krankheit (Eckert) 757.
Weizen, peptischer Abbau **(Klotz) 29** — (Klotz) 162.
Weltübel des Todes und der Geburt (Beck) 710.
Werkstatt des Chirurgen (Eiselsberg) 422.
Werlhofsche Krankheit (Gachon) 238, 554 — (Pirson) 579.
Wien, Universitäts-Kinderklinik (v. Pirquet) 599 — neue Kinderklinik (v. Pirquet) 276 — Boxstation der Kinderklinik (v. Pirquet) 398.
Wildescher Schnitt (Papanikolaon) 293.
Windau, Sanatorium für Kinder (Schmidt) 455.
Windeln, sterilisierte (Barbier) 231.
Wirbelsäule, Bewegungsmöglichkeit (Novogrodsky) 549.
Wirbelsäule, Erkrankungen (Sarantis-Papadopoulos) 271.
Wirbelsäule, angeborene Anomalie (Chevrier) 775.
Wirbelsäule, Spaltung und Teratom (Brügger) 588.
Wirbelsäule, fötale bei Syphilis (Alexander) 40.
Wirbelsäule, Tuberkulose (Nicollon des Abbayes) 269, 578 — polyartikulärer tuberkulöser Rheumatismus (Curtillet u. Lombard) 247 — Röntgenuntersuchung der tuberkulösen (des Abbayes) 593.
Wirbelsäule, Perkussion bei Tracheo-Bronchialdrüsentuberkulose (Michalowitz) 445.
Wismutsalbe, Embolie nach Injektion (Brandes) 844.
Winterkuren in Kinderheilstätten (Hess) 645.
Wochenbett, Diätetik (Kuenzer) 556.
Wohlfahrtseinrichtungen in großen Städten (Bahinsky) 332.
Wohnung und Sommersterblichkeit (Kathe) 155.
Wolfsrachen, Behandlung (Murray) 269, 593.
Wormser Kinder-Erholungsheim (Büttner) 233.
Wortblindheit, kongenitale (Schröck) 638.
Worttaubheit (Blosen) 562.

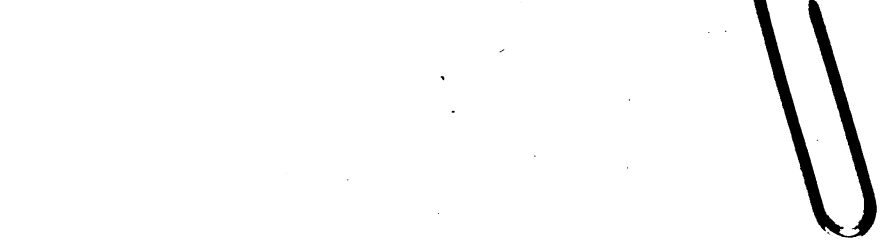
Xanthoma tuberosum multiplex (Fisahn) 589.

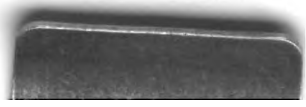
Yoghurt (Narkirier) 557 — (Oehler) 80 — (Rosenthal) 558 — trockene oder flüssige Präparate (Henneberg) 78.
Yoghurt und Kefir (Hohenadel) 78.
Yonne, Consultations de nourrissons (Marois) 275.

Z siehe auch C.

Zähne be ider Geburt (Debègue) 565 — (Herpin) 231.
Zähne, Resorption der Milchzahnwurzeln (Hesse) 740 — zirkuläre Karies der Milchzähne (Kiendl) 445.
Zähne, Zahnung (Coignant) 564 — Störungen der ersten Zahnung (Leuret) 232, 762 — Einfluß des Durchbruchs der Milchzähne (Parreidt) 741.
Zähne, Abnutzung bei Kindern aus der Steinzeit (Baudouin) 245, 739.
Zähne, Veränderungen bei kongenitaler Syphilis (Zinsser) 587 — Krankheiten, Beziehungen zur Syphilis hereditaria, Rachitis und Tuberkulose (Birkenthals) 416.
Zähne, Extraktion, metastatische Ophthalmie (Jampolsky) 667 — primäre Tuberkulose der Mundschleimhaut und des Unterkiefers (Erhardt) 348, 435.
Zähne, Hygiene für Schulkinder (Knopf) 743 — Untersuchungen in der Schule (Henneberg) 234 — (Momigliano) 235 — Untersuchungen an Kieler Volksschulkindern (Ernst) 234 — Pflege an den Mannheimer Volksschulen (Meyersohn) 743.
Zangengeburt, Hämorrhagie des Zentralvernensystems (Ducrotoy) 566.
Zehen, Mißbildung (Jacobsohn) 778 — angeborene Hypertrophie (Loaec) 779.
Zelle und Molke (Moro) 387.
Zellulose, Verdauung (Altkaufer) 552 — Ausnutzung im menschlichen Darm (Moeller) 557.
Zentralskotome (Gertz) 2.
Zeozonpasta bei Sonnenerythem (Klotz) 37.
Zeugenaussagen von Kindern (Seidel) 814 — (van der Torren) 814 — (de Vries-Feijens) 814.
Ziege, Milchleistungsprüfungen (Müller-Kögler) 80.
Ziege, Tuberkulose (Hertha) 439, 570 — experimentelle Infektion mit Ebertschem Bazillus (Scordo) 83.
Ziege, Behandlung der Syphilis mit Milchsalvarsanisierter Ziegen (Jeanselme, Vernes und Bertrand) 239.
Ziegenmilch (Hager) 77 — (Lacaine) 239 — Zusammensetzung und Untersuchung (Alpers) 745 — Eisengehalt (Mc Lean) 217.
Zirkulationsapparat, physikalische Behandlung der Erkrankungen (Groedel) 524 — angeborene Mißbildung (Rivet und Girard) 781.
Zucker in der Säuglingsernährung (Leopold) 239 — (Nobécourt und Schreiber) 240, 749.
Zucker, Einfluß auf die Darmflora (Hartje) 78, 358 — Umsetzung durch Bakterien (Mendel) 80.
Zucker, Einfluß auf Fermente (Sciortino) 83.
Zucker, Adsorption in wässeriger Lösung (Wiegner) 84 — polarimetrische Bestimmung (Bardach und Silberstein) 74.
Zuckerspaltende Fermente **(Lust) 302.**
Zunge, skrotale (Comby) 220, 723 — Himbeerzunge (Wladimiroff) 725 — Hemiatrophie (Variot) 309 — kongenitales Lymphangiom (Guinon) 691.
Zurückgebliebene Kinder, Behandlung mit endokrinem Extrakt (Dupuy) 757.
Zwangserziehung, aus der Praxis (Wilker) 812 — Untersuchungen bei Zwangszöglingen in Baden (Thoma) 812.
Zwergwuchs, (Garnier) 265 — chondrodystrophischer (Bonnaire und Durante) 774 — (de Bruin) 263 — (Siegert) 782 — halbseitiger chondrodystrophischer (Nathanson) 765, 780.
Zwergwuchs und Hypophyse (Burnier) 588 — und Infantilismus (Mallinckrodt) 576.
Zwillinge (Cockayne) 564.
Zwillinge, frühgeborene (Prinaris) 558 — Schicksal der frühgeborenen (Prinaris) 241.
Zwillinge, ungleiche Entwicklung (Guillermin) 759 — Entwicklungsdifferenzen (Serog) 750.

Zwillinge, Brightonsche (Rooth) 271, 581.
Zwillinge, Statistik (Rachal) 599.
Zwitter, frühreifer Scheinzwitter (Asch) 244.
Zypressenöl bei Keuchhusten (Fischl) 346.
Zyste, prästernale (Marty) 592.
Zyste, retrobulbäre (Heilbronn) 2.
Zyste, kongenitale des Halses (Agaciantz) 587 — (Demelin und Mouchet) 264 — (Petit de la Villéon) 595.
Zyste, kongenitale des Ösophagus (Strauß) 595.
Zyste, multilokuläre des Ovariums (Harry) 266.
Zystenniere (Weiser) 783 — angeborene (Hornowski) 590.
Zystinstein, abnorm großer (Berg) 774.
Zystitis, Kasuistik (Struck) 595 — und Ikterus (Rach und von Reuß) 699.
Zystorrhyctes vaccinae (Siegel) 354.
Zystozele inguinale (Matringhem) 268, 592.
Zytologie der Frauenmilch (Chabert) 553.





UNIVERSITY OF MINNESOTA
biom,per bd.11:referate
stack no.104

Monatsschrift f ur Kinderheilkunde.

3 1951 002 683 967 W